Disbui. Mainz Qu

Bodensohn, Michael

1988

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554418_0039

Aus der Abteilung für Medizinische Psychologie,
Fachbereich Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

ZUR TODESFURCHT UND IHREM EINFLUSS AUF ÄRZTLICHES VERHALTEN GEGENÜBER DEM UNHEILBAREN PATIENTEN IN ABHÄNGIGKEIT VON KONTROLLÜBERZEUGUNGEN

I n a u g u r a l d i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz
dem Fachbereich Medizin vorgelegt

von Michael Bodensohn
aus Hainstadt am Main

Mainz, 1987

Dekan: Professor Dr. M. Thelen

1. Gutachter: Professor Dr. G. Huppmann

2. Gutachter: Dr. G. Faust

Tag der Promotion: 10.Februar 1988

In dankbarer Zuneigung meinen Lehrern
P. Heinrich Biedermann OFM
P. Dr. Paulus Hägele OFM
P. Dr. Osmund Klug OFM
und P. Leodegar Stegmaier OFM
gewidmet

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Die Problematik des Verhältnisses der Medizin zum Tode

1.1 Historischer Aspekt

Für den Arzt des Altertums war die Beschäftigung mit dem voraussehbaren Tod seines Patienten eine existentielle Aufgabe. Die Kunst des Prognosestellens spielte in den Lehrbüchern des berühmten indischen Arztes Charaka sowie im Corpus Hippocraticum eine zentrale Rolle (Fischer-Homberger 1977). Der Arzt konnte es sich nicht leisten, seinem Ansehen als Heiler zu schaden. So war es für ihn äußerst wichtig zu wissen, welchem Patienten die erlernte ärztliche Kunst zur Linderung und Heilung seines Leidens verhelfen konnte, und bei wem eine Behandlung mit großer Sicherheit aussichtslos war. Im Interesse des gesamten ärztlichen Standes war es ihm sogar verboten, unheilbar kranke Patienten zu behandeln. "Die gefühllos klingenden Gebote, Unheilbare nicht zu behandeln, müssen im Lichte der Zeit verstanden werden. Die unsichere berufliche Stellung und der niedere soziale Stand der hippokratischen Ärzte zwangen sie, das Stigma des Versagens zu meiden. Vom Standpunkt des Handwerkers ist die Ablehnung etwas nicht Reparierbares zu reparieren sogar durchaus ethisch" (Ackerknecht 1979, S. 60).

Der mesopotamische Arzt mußte nach den Gesetzestafeln des Hammurabi im Falle des Todes eines von ihm behandelten Patienten sogar damit rechnen, daß ihm zur Strafe die Hände abgehauen wurden (Fischer-Homberger 1977).

Die Hauptfurcht der Ärzte des Altertums galt somit dem Tode eines Patienten. Diese Furcht führte zum Ausschluß unheilbar Kranker und Sterbender von jeder medizinischen Behandlung. Der Arzt erklärte sich für nicht zuständig. Die "Facies Hippocratica" (Steingiesser 1936, S. 1) galt als letztes Warnzeichen für den Arzt, und seine Aufgabe blieb nunmehr, den Angehörigen den zu erwartenden Tod des Patienten vorauszusagen und sich dann schleunigst zurückzuziehen.

Bedenkt man, welchen Einfluß die Ethik der griechischen Ärzte - wie sie im Hippokratischen Eid versinnbildlicht ist - auf die Medizingeschichte des Westens hatte, werden heutige Unsicherheiten im Hinblick auf das Verhältnis der Medizin zu Tod und Sterben begreiflich. Auch heute findet sich beispielsweise in der Präambel zur ärztlichen Berufsordnung zwar folgender Satz: "Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein" (zitiert nach der Bayerischen Berufsordnung vom 7.10.84, S. 699); eine Aufgabe des Arztes unheilbar Kranken und Sterbenden gegenüber wird jedoch nicht besonders aufgeführt.

Im Sinne dieser Tradition schreibt Condrau: "Erhaltung eines gesunden Lebens bleibt vornehmste Aufgabe des Arztes, so sehr sogar, daß sie als ethisches Prinzip jegliches ärztliches Handeln bestimmt. Ein Arzt, der sich dieser Verpflichtung entzieht, hat aufgehört, Arzt zu sein" (Condrau 1975, S. 15). Darüber hinaus macht Condrau aber deutlich, daß eine so umrissene Aufgabe bei der "Begegnung des Arztes mit dem unrettbar zum zeitlich absehbaren Tod verurteilten Kranken" versagen muß. "Die (unheilbar) Kranken selbst nämlich zwingen die Ärzte, Stellung zu nehmen, sei es durch ausgesprochene oder stumm an sie herangetragene Fragen" (loc. cit. S. 16). Der Bereich ärztlichen Handelns erweiterte sich um eine Dimension, die nicht durch die ärztliche Tradition abgedeckt ist. Bei der Bewältigung dieser Aufgabe ist der einzelne Arzt auf sich allein gestellt. "Und wenn man die seelische Bedrängnis junger Mediziner, die mit sterbenden Patienten zu tun haben, miterlebt hat, kann man ermessen, welche Abgründe menschlichen Seins sich dem Arzt angesichts des Todes auftun" (loc. cit. S. 16).

Welchem gesellschaftlichen Umfeld sich ein heute wirkender Arzt gegenüber sieht und welche Rolle er in bezug auf Tod und Sterben in der heutigen Gesellschaft mitzutragen hat, soll im folgenden beleuchtet werden.

1.2 Aktuelle Situation

Sigmund Freud (1915) warf in "Zeitgemäßes über Krieg und Tod" der modernen Gesellschaft vor, sie habe "die unverkennbare Tendenz gezeigt, den Tod beiseite zu schieben, ihn aus dem Leben zu eliminieren" (Freud 1974, S. 49). Seitdem wurde von seiten der Psychologie und Soziologie diese kollektive Verdrängung des Todes immer als gesamtgesellschaftliches Problem unserer Zeit aufgefaßt. Auch Feifel (1959), Fulton (1965) und Vernon (1970) gingen von einer vorhandenen Verdrängung des Todes in der modernen Kultur aus und leiteten daraus die Notwendigkeit einer Wieder-Bewußtmachung des Todes als Bestandteil des menschlichen Lebens und der Kultur ab.

Bereits gegen Ende der Sechziger Jahre wurde allerdings die Verdrängungshypothese von deutschen Soziologen kritisiert. Hahn (1968) wies nach, daß der Tod zunehmend an sozialer Realität verliert, indem der Mensch kaum noch mit sterbenden Mitmenschen zu tun hat. Da in der modernen Industriegesellschaft das Individuum nur durchschnittlich alle zwanzig Jahre einen Todesfall in seiner Familie erlebt, sieht es den Tod wegen mangelnder direkter Betroffenheit kaum als Bestandteil seines Lebens an. Man kann somit nicht davon ausgehen, daß die mangelnde Beschäftigung mit dem Tod unbedingt Folge einer gesamtgesellschaftlichen Verdrängung ins Unbewußte darstellt. Nach Blauner (1966) bestehen deutliche Unterschiede im Todesbewußtsein zwischen einer Gesellschaft mit hoher Mortalität ("high mortality society") und mit niedriger Mortalität ("low mortality society"). In einer "high mortality society" sind Menschen jeden Alters vom Tode real bedroht und dieser gehört so zum Bestandteil alltäglicher Riten, wodurch er ständig im Bewußtsein der Menschen gegenwärtig ist. In der "low mortality society" dagegen fühlen sich in erster Linie Personen höheren Alters vom Tode bedroht. Der größere Teil der Gesellschaft erlebt den Tod als etwas nicht zu ihr dazugehöriges. Der alte sterbende Mensch ist ihr fremd. Die Konfrontation mit ihm erzeugt Unsicherheiten. Kalish wies

das Ausmaß dieser Unsicherheit nach, indem er in einer empirischen Untersuchung aufzeigte, daß künftige Sozialarbeiter den moribunden Mitmenschen eine weit größere Vermeidungshaltung entgegenbrachten als den sonst üblicherweise gemiedenen ethnischen Minderheiten wie Mexikanern und Schwarzen (Kalish 1966).

Kritik an der Verdrängungshypothese äußerte neben Hahn auch Fuchs (1970). Er versuchte die These von der Verdrängung des Todes in der Gesellschaft zu widerlegen, indem er vielmehr, dargelegt anhand der Beispiele der Lebensversicherung, der Zwangspensionierung und der Bestattungsunternehmen, von einer sozialen Bemächtigung des Todes durch die Gesellschaft ausging. Der Tod wird institutionell verwaltet und in seinem Ausmaß und Schrecken vor der Gesellschaft verborgen. Durch diese Entwicklung verlieren die dem Tode nahe gerückten Menschen ihre Bedeutung für die Gesellschaft und werden ihrer sozialen Funktion beraubt. Als Ort, an dem das Sterben stattfindet, hat die Institution Krankenhaus zunehmend an Bedeutung gewonnen (Huppmann und Werner 1982).

Das Krankenhaus und sein Personal, das die Problematik des sterbenden Menschen von der Gesellschaft fernhalten soll, sind ihrerseits jedoch auch nicht mit der Bewältigung dieser Aufgabe vertraut und tendieren ebenfalls zur Umgehung der Betroffenen. So konnten Glaser und Strauss (1964) nachweisen, daß Krankenschwestern alten, vor dem Tode stehenden Menschen wegen derer nur geringen noch verbliebenen sozialen Bedeutsamkeit weniger persönliche Aufmerksamkeit und Pflege zukommen lassen.

Den vermeintlichen Widerspruch zwischen der Theorie der Verdrängung und der Theorie der Bemächtigung des Todes durch die Gesellschaft versuchte Donaldson (1972) aufzulösen. Seiner Ansicht nach findet zwar unzweifelhaft eine Bemächtigung des Todes durch die fortschreitende Institutionalisierung in der Gesellschaft statt. Diese kommt allerdings ihrerseits einer Verleugnung des Todes auf individueller Ebene entgegen. Der moderne Mensch vermeidet auch aus intrapsychischen Gründen die

Begegnung und Beschäftigung mit dem Tod. So denken laut einer Umfrage von Shneidman (1971), an der sich 30.000 Leser der Zeitschrift "Psychology Today" beteiligten, 78 % nur gelegentlich bis gar nicht über ihren eigenen Tod nach.

Die Notwendigkeit der "death awareness movement", einer Bewegung zur Bewußtmachung des Todes als einer zum Leben gehörenden Entität, bleibt somit bestehen. Neben den oben erwähnten amerikanischen Autoren (Feifel 1959, Fulton 1965, Vernon 1970) wurden Kastenbaum und Aisenberg (1972) durch ein umfangreiches Werk zur Psychologie des Todes zu geistigen Anführern dieser Bewegung. Den mittlerweilen sehr zahlreichen Schriften von Kübler-Ross (1968, 1974, 1981) bleibt es vor allem zu verdanken, daß die "death awareness movement" eine ungeheure Breitenwirkung und Popularität erzielte, wenn auch ihre Bücher in wissenschaftlicher Hinsicht, z.B. die berühmte Stadieneinteilung des Sterbeprozesses betreffend, stark kritisiert wurden (siehe Levinson 1975, Kastenbaum und Costa 1977, Churchill 1979). Bis Ende der Siebziger Jahre zählte Simpson (1979) bereits 750 Bücher und Monographien zum Thema allein im angelsächsichen Bereich.

Indem die Krankenhäuser als institutionalisierte Sterbeanstalten Bedeutung gewannen, rückten zunehmend die Medizin und ihr Umgang mit dem Sterben ins Blickfeld soziologischen Interesses. Sudnow (dt. 1973) beschrieb und kritisierte besonders das routinierte und ritualisierte, wenig an der einzelnen Person interessierte Verhalten des Krankenhauspersonals beim Umgang mit Sterbenden. Die Gültigkeit dieser Untersuchung für den deutschsprachigen Raum wies Lau (1975) nach. Obwohl das Krankenhaus tatsächlich zur Sterbeinstitution der modernen Gesellschaft geworden ist, sind die darin arbeitenden Menschen keinesfalls auf die Aufgaben der Sterbebegleitung vorbereitet und versagen darin. In diesem Sinne schrieb v. Uexküll: "(Die Gesellschaft) hat Einrichtungen geschaffen, in die man Sterbende und Kranke abschieben kann, und damit hat sich auch die Funktion des Arztes grundlegend gewandelt. Trotzdem haben bisher weder die Ärzte noch die Gesellschaft

diesen Funktionswandel wirklich zur Kenntnis genommen, der das 'Anstößige' isolieren und der Gesellschaft seinen Anblick ersparen soll" (v. Uexküll 1973, S. XVI). Zum gleichen Ergebnis kam v. Troschke. "Zusammenfassend ist zu konstatieren, daß die im medizinischen Handlungsbereich Tätigen nicht dafür ausgebildet sind, sich mit dem Patienten oder dem Sterbenden auseinanderzusetzen. Unter dem Eindruck der .. gängigen Verdrängung von Sterben und Tod sehen sie sich in ihrem Arbeitsfeld mit Aufgaben konfrontiert, für die sie nicht vorbereitet wurden und für die ihr Arbeitsverständnis keine Verhaltensalternativen anbietet. Die Flucht in die technische Bewältigung des Problems bietet sich an" (v. Troschke 1975, S. 466).

Zwar gibt es in der medizinischen Literatur vereinzelt Werke, die sich mit der ärztlichen Sterbebetreuung auseinandersetzen, herausragend Ansohn (1965). Dennoch wird in der medizinischen Ausbildung dem oben beschriebenen Funktionswandel des Arztes kaum Rechnung getragen. Außer in einem Kurs für Medizinische Psychologie, wo eine Beschäftigung mit dem Todesproblem nur fakultativ erfolgt, wird der zukünftige Arzt in der Bundesrepublik nicht auf den Umgang mit sterbenskranken Patienten vorbereitet, obwohl er mit diesen in der Sterbeinstitution Krankenhaus ständig zu tun haben wird.

Das bestehende Informationsdefizit zum Umgang mit sterbenden Patienten versuchten im amerikanischen Bereich zahlreiche Autoren durch Veröffentlichungen zum Thema "dying patient" in psychologischen und medizinischen Fachzeitschriften auszugleichen. So beschäftigten sich bereits in den Sechziger Jahren einige Ärzte und Psychologen mit Reaktionen und Verhaltensweisen des moribunden Patienten (Cappon 1959, 1962; Oken 1961 a, Kram und Caldwell 1965, Lieberman 1966, Brim et al. 1970). Dabei galt deren Interesse oft speziell dem Problem des Krebskranken (Koenig 1969, Lirette et al. 1969). Nach dem Vorbild von Eissler (1955) veröffentlichten Ärzte Fallstudien über den Verlauf der psychotherapeutischen Betreuung von unheilbaren Patienten (z.B. Saul 1959, Roose 1969, Curran und Kobos 1980).

Die behandelnden Ärzte werden vielfach aufgefordert, sich in den Zustand der unheilbaren und sterbenden Patienten mit all deren Nöten und Schwierigkeiten hineinzuversetzen (Cramond 1972, Janes 1972, Carey 1974, Feigenberg 1975). Der Arzt soll zum Partner des Sterbenden werden (Muslin et al. 1974). Um den Ärzten ein Mitfühlen mit dem sterbenden Patienten zu ermöglichen, legten die Autoren ihr Augenmerk vor allem auf die Psyche und Psychodynamik des Sterbenden (z.B. Hägglund 1972, Laxenaire et al. 1973, Cassem und Stewart 1975, Noyes und Clancy 1977). Darüber hinaus wurden Möglichkeiten der häuslichen Pflege (Malkin 1976), der Konsultation von Psychiatern (Slivkin 1976, Hales 1980) sowie der Gruppentherapie (Yalom und Greaves 1977) erörtert. Viele Autoren wandten sich besonders der Problematik des Aufklärens unheilbar Kranker zu und rechnen diese zu den schwierigsten und mit den meisten Fehlern behafteten Aufgaben in der Kommunikation mit diesen Patienten. Vom Arzt wird ein offenes, der Wahrheit entsprechendes Gespräch verlangt (Waitzkin und Stoeckle 1972, Harrus 1973, McIntosh 1974, Hartwich 1979, Hardy 1980, Adams und Cook 1981, Gould und Toghill 1981, Cousins 1982; zusammenfassend siehe Huppmann und Werner 1982).

Ab Mitte der Siebziger Jahre setzten sich auch im deutschsprachigen Raum Ärzte häufiger mit dem Problem des Sterbens in der Medizin auseinander (Hampel 1974, Baecker 1975, Condrau 1975, Sauer 1975, Hess 1975, Meyer 1978, Rest 1983, Molinski 1985). Dabei fällt das Vorherrschen einer aus philosophischen Betrachtungen abgeleiteten Argumentation (z.B. Bron 1976) sowie die Forderung einer fast übermenschlichen, heroischen Haltung des Arztes auf. So schrieb Doerr: "Jede Bitternis über die Vergänglichkeit des materiellen Seins ist die Funktion einer nicht voll erreichten geistigen Reife" (Doerr 1978, S. 477). Abraham und Garrone sprachen sich für ein "affektives Gleichgewicht" beim Umgang mit sterbenden Patienten (Abraham und Garrone 1975, S. 342) aus. "Der Arzt muß seinen Patienten gegenüber ständig eine Doppelrolle spielen. Er versucht, dem leidenden Patienten Mitgefühl entgegenzubringen, das jedoch nicht durch allzu starke Identifikation die

notwendige Objektivität und Distanz gefährden darf" (loc. cit. S. 338). Außerdem wurden Erfahrungsberichte praktisch tätiger Ärzte veröffentlicht, worin diese über den täglichen Umgang und ihre Probleme bei der Betreuung Sterbender berichteten (Agosti 1975, Dan 1982, Judmaier 1984, Hartmann 1985), womit sie dem Thema oft besser gerecht wurden.

Auch die für die medizinische Aus- und Weiterbildung Verantwortlichen befassten sich zunehmend mit diesem Problemkreis, indem sie Lehrpläne und Unterrichtsprogramme zur Anleitung des medizinischen Personals im Umgang mit sterbenden Patienten entwickelten. Harrison schrieb noch 1963: "there is no conflict whatever between scientific objectivity and human kindness. Both are essential. The true physician is he who displays a steady hand, a cool head, and a warm heart" (Harrison 1963, S. 11). Was Harrison hier unter Herzlichkeit ("a warm heart") versteht, wird als Charaktereigenschaft vorausgesetzt und scheint nicht erlernbar. Eben diesem Irrtum arbeiteten die Verfechter der Ausbildungskurse zur Betreuung von Schwer- und Todkranken entgegen. Sanford und Deloughery (1973) und Murray (1974) hielten solche Kurse in der Ausbildung von Krankenschwestern für unabdingbar. Barton (1973) wies auf die Notwendigkeit hin, den Umgang mit Tod und Sterben in den psychiatrischen Unterricht aufzunehmen. Liston (1975), Bloch (1976) und Crase (1979) beschrieben den Umgang mit Sterbenden als ein zu sehr vernachlässigtes Gebiet im medizinischen Unterricht. Anderson (1980) und Buckman (1984) betonten besonders, daß es bezüglich des Führens eines Aufklärungsgespräches erlernbare Fertigkeiten gebe und demnach gutes Aufklären nicht eine angeborene Eigenschaft darstelle. Für den deutschsprachigen Raum legten Schmeling und Koch (1980) und Koch und Schmeling (1982) ein ausführliches Unterrichtsprogramm zur Ausbildung im Umgang mit Schwer- und Todkranken vor. Allerdings bleibt die Einbeziehung in das medizinische Curriculum nach wie vor fakultativ.

In Großbritannien führte die "death awareness movement" zur Einrichtung von sogenannten Sterbekliniken. Dort arbeitet im Rahmen der

"terminal care" ein Personal, welches speziell für den Umgang mit Sterbenden ausgebildet wird (Wagner 1981). Von einigen Ausnahmen abgesehen (Medical Tribune 1986) sind wir davon in Deutschland eher noch entfernt.

Ein wesentlicher Erfolg der "death awareness movement" war die Verbesserung des Informationsverhaltens der Ärzte innerhalb der letzten dreißig Jahre, die sich anhand von empirischen Untersuchungen belegen läßt. Noch im Jahre 1953 ergab eine Befragung bei 440 Ärzten in Philadelphia, daß zwei Drittel der Ärzte ihre Patienten nie oder selten aufklärten (Fitts und Ravdin 1953). Zu ähnlichen Ergebnissen kam eine Untersuchung von 1961, bei der von 219 Ärzten 90 % angaben, ihren Patienten die Diagnose zu verschweigen (Oken 1961 b). Erst 1970 wurde von Friedman eine beginnende Verbesserung im Aufklärungsverhalten beschrieben. Er fand, daß von 190 Ärzten 25 % immer, aber noch 65 % nur manchmal und 9 % nie aufklärten (Friedman 1970). Aus einer englischen Befragung ergab sich allerdings, daß von 46 Praktischen Ärzten 23 noch nie Diagnose und Prognose mit ihren unheilbar kranken Patienten besprochen hatten. Von den restlichen 23 Ärzten äußerten 21, die erfolgten Aufklärungsgespräche seien immer vom Patienten initiiert worden (Gilmore 1974).

Einen deutlicheren Trend zu mehr Aufklärung zeichnete sich in amerikanischen Untersuchungen Mitte und Ende der Siebziger Jahre ab. Bei einer Befragung von Ärzten erklärten 52 %, häufig, und nur 50 %, nie mit ihren Patienten die Prognose zu besprechen (Noyes und Travis 1973). In einer weiteren Untersuchung fanden sich unter 175 Ärzten nur 39 % Aufklärungsgegner, zu denen besonders die Chirurgen und älteren Ärzte gehörten. Sie begründeten ihre Haltung gegen die Aufklärung damit, daß sie es nicht für richtig hielten, die Hoffnungen der Patienten zu zerstören (Rea et al. 1975).

Am eindruckvollsten konnten Noyes et al. (1977) anhand zweier Studien nachweisen, daß sich das Aufklärungsverhalten der Ärzte verbessert hat: Im Jahre 1977 gaben von 350 Ärzten 61 % an, ihre Patienten häufig bis

immer aufzuklären, während dies sechs Jahre zuvor bei Vorlage des gleichen Fragebogens nur 44 % der Ärzte taten. Neu approbierte Ärzte klärten 1977 ihre Patienten sogar zu 80 % häufig bis immer auf. Parallel hierzu fanden Noyes et al. auch eine zunehmende Befürwortung des Weglassens lebensverlängernder Maßnahmen im Sinne einer passiven Euthanasie. Nach Carey und Posavac (1978/79) sprachen sogar 87 % der Ärzte ihren unheilbar kranken Patienten ein Recht zu, über ihren Zustand aufgeklärt zu werden. 90 % befürworteten eine passive Euthanasie.

In einer Folgestudie zur Arbeit von Oken (1961 b) konnte Novack (1979) zeigen, daß - im Gegensatz zu nur 10 % der Ärzte 18 Jahre zuvor - nun 79 % der Ärzte angaben, ihre Krebspatienten über deren Diagnose aufzuklären. Wilkes konnte nachweisen, daß die aufgezeigte Entwicklung im Sinne des sterbenden Patienten ist: In einer Retrospektiv-Studie an 500 Sterbenden bekundeten aufgeklärte Patienten bis zu ihrem Tod eine deutlich bessere Lebensqualität als die nicht aufgeklärten (Wilkes 1977).

Die bisher beschriebene positive Entwicklung des Informationsverhaltens scheint vor allem für Nordamerika Gültigkeit zu besitzen. So wiesen Manos und Christakis (1980/81) nach, daß die meisten griechischen Krebsspezialisten (73 %) ihre Krebspatienten nach wie vor nicht über die Diagnose aufklären und ein noch größerer Teil (95 %) dem Krebspatienten im Endstadium keinerlei Information über die Art seiner Krankheit zukommen läßt. Auch in Japan ist es durchaus unüblich, den unheilbar Kranken die Diagnose mitzuteilen. Es gilt für den Arzt sogar als unethisch, dem Patienten ein solches "Todesurteil" zu enthüllen. Dieser Verleugnungsprozeß wird von der Familie aktiv unterstützt (Long und Long 1982).

Nach einer Untersuchung von Raspe in Marburg zu den Informationsbedürfnissen von Patienten wollten 83 % der Patienten vollständig über ihre Krankheit informiert werden, wozu nur 47 % der befragten Ärzte bereit waren. Die ebenfalls befragten vorklinischen Medizinstudenten gaben allerdings zu 85 % an, ihre Patienten über die Diagnose infor-

mieren zu wollen. Bezüglich der Prognose liefen die mangelnden Aufklärungsintentionen der Ärzte den Bedürfnissen der Patienten noch stärker zuwider. Während 83 % der Patienten über die Prognose informiert sein wollten, waren dazu nur 7 % der Ärzte bereit (Raspe 1977). Es ergab sich auch in einer Anschlußstudie, die sich nur mit Medizinstudenten beschäftigte, daß etwa die Hälfte der befragten Studenten die Informationsbedürfnisse der Krankenhauspatienten unterschätzte und zu wenig motiviert war, "die Patienten ohne Vorbehalte auch und gerade im Bereich der Prognose ihrer Erkrankung aufzuklären" (Raspe und Eulenburg 1978, S. 1144). Die inhaltliche Qualität der Aufklärung und das resultierende Krankheitsverständnis untersuchten Dubach und Rechenberg an 88 Patienten. Eine vorausgehende Aufklärung über die Diagnose führte nur bei 55 % dieser Patienten zu einem ausreichenden Krankheitsverständnis (Dubach und Rechenberg 1977).

Zusammenfassend bleibt somit in den letzten dreißig Jahren eine deutliche Öffnung der Medizin für die Probleme des sterbenden und unheilbaren Patienten unverkennbar. Wie wir sehen, erschweren jedoch eine mangelnde Ausbildung und unzulängliche Kenntnisse über psychische Vorgänge bei Sterbenden dem einzelnen Arzt einen dem Patienten und sich selbst gerecht werdenden Umgang mit dem Todesproblem, auch wenn er ein Befürworter der Aufklärung ist. Der Komplexität der Problematik entsprechend liegen dem Arzt auch von juristischer Seite her keine klaren Verhaltensrichtlinien (z.B. zum Thema "Sterbehilfe") vor (Deibl 1985). Korrespondierend zu diesen Unsicherheiten der Krankenhausärzte hoffen die meisten Menschen auf ein Sterben außerhalb der Institution Krankenhaus (siehe McDonald und Carroll 1981). Die "Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen" (Elias 1982), dargestellt an einem erschütternden Einzelbeispiel bei Kautzky (1976), können wir nur dann beheben helfen, wenn wir uns diesem Problem stellen. Dabei muß sich der mit dem Sterbenden unmittelbar konfrontierten Ärzte, die die Verantwortung auch für dessen seelisches Wohlergehen tragen, besonders die medizinpsychologische Forschung annehmen.

2. Die Einstellung von Ärzten zum Tod als Gegenstand psychologischer Forschung

2.1 Erörterung der Problematik

Bereits Mechler bemängelte, daß in der medizinischen Literatur kaum Arbeiten über Tod und Sterben vorhanden seien (Mechler 1955). Meist wurde der Tod nur insofern thematisiert, soweit es physiologische Tatsachen betraf (Ringel 1975, v. Eiff 1984). "Nachweis des eingetretenen Todes und seine verlässliche Unterscheidung vom Scheintod, viele statistische Arbeiten über Ursachen und zeitliche Verteilung der Todesfälle und kasuistische von gerichtsmedizinischen Interessen geförderte Untersuchungen" bildeten die zentralen Themen (Mechler 1955, S. 371). Bei der Beschäftigung mit dem Sterbenden ging es lediglich um die Frage, ob das Sterben mit physischen Qualen verbunden sei, was meist verneint wurde (Steingiesser 1936).

Wie aus der Arbeit von Depner hervorgeht, begannen sich erst in den Fünfziger Jahren auch Soziologen und Psychologen in stärkerem Ausmaße mit der Medizin und dem Gesundheitswesen zu beschäftigen (Depner 1974). Seitdem finden sich auch vermehrt psychologische Arbeiten über die Einstellung von Ärzten zum Tod, worin besonders das Verhältnis zum sterbenden Patienten ("terminal patient") im Vordergrund steht.

Indem die Genesung eines Patienten den höchsten Lohn für den Arzt darstellt, wirkt ein unheilbar kranker Patient nicht mehr motivierend auf ihn, weshalb von seiten des Arztes daher ein langsamer Rückzug stattfindet (Glaser 1965). Der sterbende Patient widerspricht dem Selbstbild des Arztes als Heiler (White 1969). Die Betreffenden werden bei Visiten häufig übergangen und, sobald das Finalstadium eintritt, manchmal sogar in ein Badezimmer oder einen Abstellraum verlegt (Rabin und Rabin 1970). Wenn der Arzt sich bis zum Tode des Patienten um diesen

kümmert, dann beschränkt sich seine Fürsorge häufig nur auf den medikamentösen Ausgleich pathologischer Laborwerte (Bulger 1963, Rabin und Rabin 1970, Mackinnon 1972), was oft zu einer unnötigen Verlängerung des Leidenszustandes des Patienten führt.

Es versteht sich von selbst, daß dieses Rückzugsverhalten den Bedürfnissen des Patienten nach Information (Raspe 1977) und ärztlichem Beistand zuwiderläuft (Feifel 1969 a, Jensen 1986). Fragt man nach den Ursachen eines solchen Verhaltens, treten neben den in der Einleitung erwähnten Traditionen der Hippokratischen Medizin vor allem Probleme bei der intrapsychischen Verarbeitung im Arzt selbst zutage. In der medizinischen Ausbildung werden Verhaltensweisen im Sinne des "detached concern" (Lief und Fox 1963), was sich in etwa mit "distanzierter Besorgnis" übersetzen läßt, vermittelt; das aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht objektiv richtige Handeln könnte sonst durch zu großes subjektives Mitgefühl mit dem Patienten gestört werden. Dieses Verhalten erweist sich jedoch als wenig brauchbar bei der Konfrontation mit dem emotionalen Zusammenbruch eines unheilbaren Patienten (Swanson 1975).

Einige Autoren interpretierten das Vermeidungsverhalten des Arztes als eine Verdrängung eigener mit dem Tod assoziierter Ängste (Goldfarb 1965, Ellard 1968, Heim 1975, Schulz und Aderman 1976). Zum einen bedeutet der sterbende Patient Mißerfolg und Enttäuschung (Schulz und Aderman 1976), zum anderen werden herrschende Ängste bezüglich des eigenen Todes und Sterbens mobilisiert (Shady 1976). Das tatsächliche Vorhandensein solcher Ängste offenbaren Ärzte in Gesprächen und durch ihr Verhalten . So fand Schreibaum beim Befragen von Ärzten einen extremen Widerwillen, über Themen wie Tod und Sterben zu reden (Schreibaum 1975). Eine Soziologin, die sich fünf Monate lang auf einer Krebsstation aufhielt, beobachtete, daß sich dort ein wirksames System der Abwehr aufgebaut hatte, um die Erfahrungen mit Tod und Sterben zu vermeiden oder zumindest unter Kontrolle zu halten (Baider 1975).

Artiss und Levine (1973) erfuhren in Gesprächsgruppen mit Ärzten, daß diese beim Scheitern der medizinischen Bemühungen um einen Patienten oft mit Verleugnung und Angst reagierten. Winkelmann (1975) berichtete über ähnliche Erfahrungen in Balintgruppen. Schmitz-Scherzer, der Ärzte und Krankenpflegepersonal hinsichtlich deren Erleben von Tod und Sterben explorieren ließ, resümierte, daß "diejenigen .. Befragten eher Angst und Unsicherheit im Kontakt mit Sterbenden (empfinden), die selbst jeden Gedanken an Tod und Sterben zurückweisen und über Tod und Sterben in bezug auf die eigene Person nicht nachdenken" (Schmitz-Scherzer 1984, S. 114f.).

Feifel postulierte aufgrund eigener Untersuchungen (siehe Abschnitt 2.2), bei denen Ärzte eine höhere Todesfurcht im Vergleich zu einer Kontrollgruppe (Patienten, gesunde Personen, Medizinstudenten) aufwiesen, daß gerade solche Personen den Beruf des Arztes wählen, die eine erhöhte unbewußte Todesangst zeigen (Feifel et al. 1967, Feifel 1969 b). Im Sinne einer kontraphobischen Abwehr, die Fenichel als Versuch zur Meisterung unbewußter kindlicher Ängste beschreibt (Fenichel 1939), wählen sie einen Beruf, der sie zum vermeintlichen Beherrscher von Tod und Leben macht und ihr Ich so mit dem Gefühl der Omnipotenz ausstattet, welches beim Eintritt des Todes eines Patienten ins Wanken gerät (Wahl 1969, White 1969).

Erhält der Arzt einem unheilbaren Patienten gegenüber dieses Abwehr- und Vermeidungsverhalten aufrecht, so gerät dieser in eine "Double-bind"-Situation, wie sie bei der Genese von Schizophrenien beschrieben wurde (Erickson und Hyerstay 1974, Meerwein et al. 1976). Verbal begegnet der Arzt dem Patienten mit beruhigenden und ausweichenden Aussagen, sein non-verbales Verhalten (z.B. Vermeiden von Blickkontakten, kürzere Visiten, Räuspern usw.) wirkt dagegen beunruhigend und beängstigend auf diesen. Wegen des oft bestehenden stillen Einverständnisses zwischen Arzt, Krankenpflegepersonal und Familie, auf keinen Fall aufzuklären ("conspiracy of silence"), ist es für den Patienten nahezu unmöglich, dieser "Double-bind"-Situation zu entkommen (Erickson und Hyerstay 1974).

Aus diesen Überlegungen wird ersichtlich, von welch herausragender Bedeutung die eigene Einstellung des Arztes zum Tode ist. Erst die Aufdeckung von Verdrängungsmechanismen sowie die Bearbeitung bestehender Ängste ermöglichen dem Arzt ein offenes Gespräch mit dem Patienten. Dieser Mühe kann sich kein Arzt entziehen, denn "niemand gibt dem Arzt das Recht, dem Patienten seinen eigenen bevorstehenden Tod zu verheimlichen und ihn zum Komplizen seiner eigenen Todesverdrängung zu machen" (Ammon 1971, S. 577; Ammon 1975).

2.2 Empirische Untersuchungen

Wie wir sahen, überwiegen in der vorhandenen Literatur theoretische Erörterungen zum Thema "sterbender Patient - Arzt" (siehe Abschnitt 1.2 und 2.1). Die Einstellung des Arztes zum Tode und seine Todesfurcht waren bisher nur selten Gegenstand empirischer Forschung. Doch lassen sich oft aus Untersuchungen, die eher anderen Themenbereichen (wie z.B. dem Informationsverhalten) gelten, Rückschlüsse auf psychische Probleme beim Umgang mit dem Tode ziehen.

Der schon erwähnten ablehnenden Haltung gegenüber todbezogenen Themen (siehe Schreibaum 1975) begegneten auch Caldwell und Mishara, als sie 73 Ärzten einen Fragebogen zum Informationsverhalten bei unheilbar Kranken vorlegten. Sechzig Ärzte verweigerten die Befragung mit der Begründung, man sei weniger effektiv als Arzt, wenn man sich mit solchen Problemen beschäftige (Caldwell und Mishara 1972). Eingangs beschriebenes Vermeidungs- und Verdrängungsverhalten bestätigte sich auch, als bei einer Befragung zum Umgang des Arztes mit den Hinterbliebenen nur 14,6 % der angeschriebenen Ärzte antworteten (Peretz et al. 1971). Auf andere Weise deutlich wurde das Vermeidungsverhalten anhand einer Befragung von 43 Praktischen Ärzten, von denen die Hälfte angab, im ganzen Berufsleben nie mit einem unheilbar kranken Patienten über Diagnose oder Prognose gesprochen zu haben (Gilmore 1974).

Die Verdrängung des Themas Tod trotz eigener Betroffenheit zeigt sich auch darin, daß oft gerade Ärzte bei Bestehen nicht zu verkennender Symptome die Stellung der Diagnose einer Krebserkrankung bei sich selbst zu lange hinauszögern. Manche Ärzte ließen erst kurz vor dem Finalstadium eine Untersuchung durch einen Kollegen zu (Alvarez 1931, Robbins et al. 1953; siehe auch Huppmann und Werner 1982).

Indirekt erschließt sich die Brisanz und bisherige Vernachlässigung des Themas "Tod und Sterben" auch aus einer von Johnson et al. vorgelegten Untersuchung. Sie forderten Ärzte, Psychiater und Medizinstudenten dazu auf, unter 24 vorgegebenen Möglichkeiten die wichtigsten Themen auszusuchen, mit denen man sich im Rahmen des medizin-psychologischen und psychiatrischen Unterrichts auseinandersetzen soll. Die Fähigkeit, mit Patienten über deren persönliche Probleme zu reden, nannten Ärzte und Studenten an erster Stelle. Es folgte bei den Studenten schon an zweiter, bei den Ärzten immerhin bereits an vierter Stelle das Verstehen der emotionalen Aspekte der chronisch Kranken oder sterbenden Patienten (Johnson et al. 1977). Das Ergebnis weist auf eine große Unsicherheit und ein großes Informationsbedürfnis in diesem Bereich hin.

Erste Untersuchungen zur Todesfurcht bei Medizinern führten Livingston und Zimet durch. Sie legten 114 Medizinstudenten aus den verschiedenen Jahrgängen einer Medical School einen selbstentwickelten Todesfurchtfragebogen und einen Fragebogen zu Autoritarismus vor. Daneben fragten sie nach der später angestrebten Facharztweiterbildung. In diesem Rahmen fanden sie bei Studenten, die Pädiater oder Psychiater werden wollten, die höchste Todesfurcht, bei den zukünftigen Chirurgen die geringste. Letztere luden aber auf der Autoritarismus-Skala am höchsten. Bemerkenswerterweise lag die Todesfurcht bei Studenten klinischer Semester deutlich höher als bei Studenten vorklinischer Semester. Die Autoren interpretieren ihre Ergebnisse dahingehend, daß zukünftige Chirurgen aufgrund ihrer autoritären Einstellung todesfurchtbezogene Themen nicht zulassen und verdrängen. Der sprunghafte Anstieg der Todesfurcht zwischen Vorklinik und Klinik wurde durch die plötzlich

entstehende Konfrontation mit dem sterbenden Patienten in der klinischen Ausbildung erklärt (Livingston und Zimet 1965).

Feifel et al. verglichen in einer Untersuchung, die in Form von Interviews durchgeführt wurde, die Todesangst von Ärzten, Medizinstudenten, ernstlich bzw. unheilbar Kranken und gesunden Personen. Ärzte, gefolgt von den Medizinstudenten; manifestierten die stärkste Todesangst. Darüber hinaus ergab sich bei Ärzten eine wesentlich materialistischere, mit weniger religiösen Vorstellungen verbundene Einstellung zum Tod im Vergleich zu den anderen Gruppen. Interessanterweise lokalisierten die Ärzte ihr erstes Erleben von Todesangst in der Kindheit weit früher als die Vergleichsgruppen, was Feifel et al. zu der These der kontraphobischen Abwehr unbewußter kindlicher Ängste durch die Wahl des Arztberufes veranlaßte. Im Vergleich zu Ärzten anderer Fachrichtungen dachten Chirurgen am seltensten an den Tod. Medizinstudenten nahmen bezüglich Todesangst und materialistischer Todesauffassung eine Mittelstellung zwischen Ärzten und Laien ein (Feifel et al. 1967). Eine Wiederholung der Untersuchung bestätigte diese Ergebnisse (Feifel 1969 b).

Im Gegensatz hierzu konnte Zhiani-Rezai bei einer Untersuchung an Ärzten und Studenten klinischer und vorklinischer Semester, denen er einen Todesfurchtfragebogen vorlegte, keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen nachweisen. Auch die Ärzte verschiedener Fachgebiete unterschieden sich in ihrer Todesfurcht nicht (Zhiani-Rezai 1969). In diesem Rahmen sei noch am Rande erwähnt, daß Ford et al. vermuteten, die hohe Todesfurcht bei Ärzten hänge mit deren großen beruflichen Anforderungen ("high stress occupation") zusammen. Sie nahmen an, daß auch Streifenpolizisten als Ausübende einer "high stress occupation" im Vergleich zu Briefträgern und Theologiestudenten eine höhere Todesfurcht hatten, was sich allerdings nicht belegen ließ (Ford et al. 1971).

Weigand konnte Feifels Ergebnis, daß Ärzte zum Tod materialistischer und versachlichter eingestellt sind, bestätigen, indem er aus 30.000 vorliegenden Fragebögen einer Umfrageaktion der Zeitschrift "Psychology Today" zum Thema "Tod und Sterben" die 150 von Ärzten ausgefüllten Fragebögen aussortierte und gesondert auswertete. Seinen Ergebnissen zufolge spielt im Leben der Ärzte Religion eine geringere Rolle als bei Nichtmedizinern, was zu einer eher materialistischen Sicht des Todes beiträgt. Bezüglich der Häufigkeit des Nachdenkens über den Tod unterschieden sich Ärzte nicht von den Laien. Allerdings gaben signifikant weniger Ärzte im Vergleich zur Kontrollgruppe an, ängstlich, entmutigt oder deprimiert zu sein, wenn sie über ihren eigenen Tod nachdenken. Ob dies tatsächlich zutrifft oder einer gewollt sachlichen Einstellung dem Tod gegenüber entspricht, war nicht zu ermitteln. Schwer zu erklären war auch, warum Ärzte häufiger glaubten, jünger sterben zu müssen als sie wollten (Weigand 1972). Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis darauf sein, daß ihre Todesfurcht doch stärker ist als sie zugeben.

In einer 1980 vorgelegten Dissertation verglich Heller die Todesangst von Ärzten und Krankenpflegepersonal. Beide Gruppen mußten anhand einer Ratingskala von eins bis sieben unter anderem das Ausmaß ihrer Angst vor dem Tod selbst einschätzen. Dabei verzeichneten die Ärzte einen Mittelwert von 4,2 und das Krankenpflegepersonal einen Mittelwert von 5,3. Die durchschnittliche Todesangst der Ärzte lag somit niedriger als die des Krankenpflegepersonals. In der Beurteilung, wie schwer ihnen die Aufklärung von Patienten falle, gaben die Ärzte einen durchschnittlichen Wert von 6,2 auf der Ratingskala an. Heller konnte anhand der ihm vorliegenden Ergebnisse nachweisen, daß Untersuchungsteilnehmer mit großer Angst vor dem Tode sich im Umgang mit Sterbenden eher hilflos fühlen sowie beträchtliche Schwierigkeiten haben, dem Sterbenden gegenüber Fassung zu bewahren (Heller 1980). Allerdings bleibt zu dieser Untersuchung kritisch anzumerken, daß die direkte Fragestellung, wieviel Angst vor dem Tode man besitze, schwerlich als Instrument zur Messung von Todesfurcht ausreicht.

Auch Potthoff untersuchte Ärzte, Pflegepersonal und Medizinstudenten unterschiedlicher Semester hinsichtlich ihrer Einstellung zum Tod. Als Meßinstrumente verwandte er ein Satzergänzungsverfahren (mit zu ergänzenden Items wie: "Der Tod ist ...", "Wenn ich an den Tod denke, fühle ich ...") und ein Semantisches Differential zum Wort "Tod", in dem die Befragten in verschiedenen Gegensatzpaaren (z.B. "süß-bitter", "ungerecht-gerecht") ihre emotionale Wertung des Todes ausdrücken mußten. Aufgrund der Satzergänzungen entwickelte der Autor eine Typologie der Todesbedeutungen. Aus den Antworten zum Satzergänzungsverfahren kristallisierten sich vier verschiedene Todeskonzepte heraus: Tod als "Lebensende", "fremde Macht", "Erlösung" oder "schreckliches Ereignis". Den emotionalen Inhalt dieser Todesbedeutungen erschloß Potthoff mit Hilfe des Semantischen Differentials.

Obwohl keine Daten entsprechend einer Längsschnittstudie vorlagen, interessierte sich Potthoff dafür, wie die Typologie der Todesbedeutungen sich im Verlaufe der Ausbildung ändert. Deswegen verglich er Studenten der verschiedenen Semester und Ärzte untereinander hinsichtlich ihrer unterschiedlichen Todeseinstellung (Tabelle 1).

Tabelle 1: Veränderung der Typologie der Todesbedeutung im Verlauf der medizinischen Ausbildung (aus Potthoff 1980).

"Der Tod ist ..."	1. Sem.	3. Sem.	9. Sem.	Prakt. Jahr	Ärzte
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
"Lebensende"	64	57	43	53	47
"Fremde Macht"	23	23	27	16	20
"Erlösung"	12	14	17	16	16
"schrecklich"	1	6	13	14	16

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, nimmt, so betrachtet, die Vorstellung vom Tod als Lebensende, die im Semantischen Differential mit indifferenter Wertung des Todes ohne benennbare emotionale Inhalte verbunden ist, im Laufe der medizinischen Ausbildung ab. Die Vorstellung vom Tod als schrecklichem Ereignis nimmt dagegen zu, während sich die übrigen Typen der Todesbedeutung nur gering verändern. Bei dem Satz "Wenn ich an den Tod denke, fühle ich ..." nehmen mit der Zahl der Ausbildungsjahre vor allem die Angst- und Trauerantworten zu. "Die allgemeine Entwicklung verläuft also in Richtung artikulierter und differenzierter Gedanken und Gefühle von Tod und Sterben als existenzieller Leidensvorgänge" (Potthoff 1980, S. 99). Dabei scheint durch den Kontakt mit Tod und Sterben im Verlauf des Medizinstudiums vor allem die negative, angstbesetzte emotionale Wertung des Todes zuzunehmen. Dies entspricht den Ergebnissen von Livingston und Zimet (1965) und Feifel et al. (1967), die auch (allerdings ebenfalls nur anhand von Querschnittstudien) eine zunehmende Todesangst vom vorklinischen Studium bis zum aktiven Berufsleben beschrieben.

Ein Indiz für die Auswirkung der Todesfurcht des Arztes auf den therapeutischen Bereich legten Schulz und Aderman vor: Moribunde hospitalisierte Patienten, die von Ärzten mit hoher Todesfurcht betreut wurden, starben durchschnittlich fünf Tage später als Patienten, die von Ärzten mit mittlerer und niedriger Todesfurcht behandelt wurden (Schulz und Aderman 1978/79). Die Ärzte werden durch ihre eigene Todesfurcht motiviert, sich intensiver um Lebensverlängerung ihrer Patienten zu bemühen. Der Sinn solcher Bemühungen erscheint jedoch fraglich.

Kastenbaum wies einen unrealistisch hohen therapeutischen Optimismus bei Ärzten nach. Er ließ Ärzte die wahrscheinlich noch zu erwartende Lebenszeit von in die Klinik eingewiesenen moribunden und alten Patienten schätzen. Durchweg gaben die Ärzte eine zu hohe Lebenserwartung an (Kastenbaum 1965). Möglicherweise ignorierten sie die Nähe des Todes, um nicht mit der eventuell dadurch mobilisierten eigenen Todesfurcht konfrontiert zu werden.

Auch über Art und Ausmaß der seelischen Nöte unheilbarer Patienten sind sich Ärzte oft im Unklaren. In einer Untersuchung von Derogatis et al. sollten sich Patienten mit unheilbaren Erkrankungen selbst auf einer Ratingskala hinsichtlich Depressivität, Ängstlichkeit, interpersonaler Sensitivität und Feindseligkeit gegenüber Ärzten und Pflegepersonal einschätzen. In gleicher Weise beurteilten die behandelnden Ärzte ihre Patienten bezüglich dieser Kategorien. Dabei neigten die Ärzte dazu, ihre Patienten in der Dimension Angst und interpersonaler Sensitivität weit höher einzustufen, als es deren Selbstbeurteilung entsprach. Deren Depressivität allerdings unterschätzten sie (Derogatis et al. 1976). Eine ähnliche Diskrepanz fanden Pfefferbaum et al. (1982) bei adoleszenten Krebspatienten. Auch hier hielten die Ärzte ihre Patienten für ängstlicher, unverständiger und unzufriedener, als diese es selbst angaben. Die Ergebnisse beider Untersuchungen erklären sich leicht aus der Projektion eigener Gefühle der behandelnden Ärzte auf die Patienten und dadurch bedingtes mangelndes Einfühlen in deren wirkliches Empfinden.

Neben den bisher erwähnten Untersuchungen bei Ärzten beschäftigten sich einige Autoren auch mit der Todesangst des Krankenpflegepersonals, was hier nur am Rande interessiert. Lester et al. (1974) fanden, daß die Todesangst von Krankenschwesternschülerinnen im Verlaufe von deren Ausbildung zunächst zurückging, während nach einigen Jahren praktischer Berufserfahrung ein erneuter Anstieg der Angst vor Tod und Sterben zu verzeichnen war. Auch Snyder et al. stellten diese Abnahme der Todesfurcht bei Krankenschwestern während der Ausbildung fest, was sie auf deren in der Ausbildung erlernten routinierten Umgang mit sterbenden Patienten zurückführten (Snyder et al. 1973). Wohl aus unbewußter Furcht, ihre eigene Routine zu hinterfragen, zeigten sich erfahrenere Schwestern in ihrer Gesprächsbereitschaft zu todbezogenen Themen weniger offen als ihre unerfahreneren Kolleginnen (Pearlman et al. 1969). Interessanterweise verzeichnete Sheperd bei Krankenschwestern einen Anstieg der Todesfurcht, nachdem er sie bat, sich intensiv in den sterbenden Patienten hineinzuversetzen (Sheperd 1980). Linn et al. konnten nachweisen, daß bei Krankenschwestern nach Durchlaufen eines

Ausbildungsprogramms zum Umgang mit Tod und Sterben zwar ein Anstieg der Furcht vor dem eigenen Tode erfolgte, die Angst vor dem Miterleben des Sterbens anderer Personen jedoch abnahm, wodurch die pflegerische Betreuung unheilbar kranker Patienten positiv beeinflußt wurde (Linn et al. 1983). Krankenschwestern einer Intensivstation, die nach den Problemen beim Umgang mit Sterbenden befragt wurden, gaben als Hauptbelastung die Spannungen an, ständig unter sich widersprechenden Schuldgefühlen zu stehen: zum einen, daß sie das Leiden des Patienten unnötigerweise verlängern, kontrastiert von Selbstvorwürfen beim Tode des Patienten, nicht genügend für diesen getan zu haben (Price und Bergen 1977).

Die in diesem Kapitel beschriebenen Untersuchungen erweisen sich insgesamt als sehr komplex und von ihren Ansätzen wie auch von den Ergebnissen her als sehr unterschiedlich. Dennoch wird zusammengefaßt deutlich, daß es sich bei der Todesfurcht des Arztes um ein nicht zu unterschätzendes Problem handelt. Die auf seiten des Arztes bestehenden Schwierigkeiten, eigene Ängste zu verarbeiten, haben negative Auswirkungen auf die Betreuung des unheilbar kranken Patienten sowohl die medizinische Versorgung als auch die zwischenmenschliche Beziehung betreffend.

3. Todesfurcht als testpsychologisches Problem

Die Entwicklung der thanatopsychologischen Forschung, deren den Arzt betreffende Aspekte wir im vorangegangenen Kapitel dargelegt haben, ist ohne die empirischen Untersuchungen zur Todesfurcht nicht zu denken (siehe Wittkowski 1978). Zur Erfassung von Todesfurcht wurden in den letzten 25 Jahren verschiedene Methoden und Untersuchungstechniken entwickelt, worüber Lester (1967), Erlemeier (1972), Hensle (1977) und Kurlychek (1978/79) einen Überblick gaben (Tabelle 2).

Tabelle 2: Methoden zur Erfassung von Todesfurcht.

Methoden, die eher die bewußte Ebene der Todesfurcht erfassen

- Ratingskalen zur Einschätzung der eigenen Todesfurcht (z.B. Heller 1980)
- Halbstandardisierte Fragebögen (z.B. Shneidman 1971)
- Standardisierte Fragebögen (z.B. Collett und Lester 1969, Templer 1970)
- Interviews bzw. Aufsätze zur Todesproblematik (z.B. Munnichs 1966)

Methoden, die sich eher auf die unbewußte Ebene der Todesfurcht beziehen

- Thematischer Aperzeptionstest (TAT) } projektive Verfahren
- Satzergänzungsverfahren (z.B. Potthoff 1980) } projektive Verfahren
- Semantisches Differential zur emotionalen Bewertung des Todes (z.B. Gow und Williams 1977, Potthoff 1980)
- Psychogalvanische Hautreaktionen (z.B. Alexander et al. 1957, Alexander und Adlerstein 1961)
- Verwendung eines Tachistoskops zur Erkennung von todbezogenen Wörtern und Todesbildern (z.B. Lester und Lester 1970)

Wie aus Tab. 2 ersichtlich, wurden neben Methoden (Fragebögen, Ratingskalen etc.), die eher die bewußte Ebene bzw. den kognitiven Bereich der Todesfurcht erfassen und daher auch als direkte Methoden bezeichnet werden, auch Verfahren angewandt, die sich eher auf die unbewußte Ebene der Todesfurcht beziehen. Darunter sind die projektiven Tests (TAT, Satzergänzungsverfahren) zu erwähnen, die aus der Psychodiagnostik bekannt sind. Allerdings werden die projektiven Verfahren wegen mangelnder Objektivität und schwieriger Auswertbarkeit in der empirischen Erforschung der Todesfurcht kaum mehr angewandt (Kurlychek 1978/79). Potthoff jedoch sah gerade in der Verwendung des (projektiven) Satzergänzungsverfahrens ein geeigneteres Instrument zur Erfassung der Einstellung zum Tode als in den herkömmlichen standardisierten Fragebögen (Potthoff 1980). Er benutzte das Satzergänzungsverfahren aber eher, "um ein reichhaltiges sprachliches Material zu erhalten, aus dem sich die individuelle Komplexität und Spezifität der Todesbedeutung im medizinischen Denken erschließen läßt" (Potthoff 1980, S. 25), während er zur Erfassung der emotionalen Seite, d.h. des stimmungsmäßigen Anteils des Todeserlebens, ein Semantisches Differential zum Wort "Tod" verwandte (siehe auch Gow und Williams 1977). In der empirischen Forschung zeichnet sich das Semantische Differential als Methode zur Erfassung der unbewußten Anteile der Todesfurcht dadurch aus, daß es im Gegensatz zu projektiven Verfahren wie TAT oder Satzergänzungstest das Gütekriterium der Objektivität bei der Auswertung erfüllt (siehe Abschnitt 6.2.1.2).

Auch die Messung der psychogalvanischen Hautreaktion bei todbezogenen Wörtern ist kaum mehr aktuell. Alexander und Adlerstein fanden 1957, daß sich bei todbezogenen Stimuli im Vergleich zu neutralen Stimuli der psychogalvanische Hautwiderstand veränderte. Ebenso waren die Antwortzeiten bei todbezogenen Wörtern im Assoziationsversuch verlängert (Alexander et al. 1957, Alexander und Adlerstein 1961, siehe Templer 1971). Kritik wurde vor allen Dingen dahingehend geäußert, daß die todbezogenen Wörter die ungewöhnlicheren und weniger häufig gebrauchten Wörter seien, wodurch der veränderte psychogalvanische Hautwiderstand sowie die

längere Reaktionszeit zu erklären wären (Kurlychek 1978/79). Außerdem erfordert diese Untersuchungstechnik einen zu großen methodischen Aufwand.

Unter den Befürwortern direkter Methoden finden sich Autoren wie Munnichs, der intensive Gespräche in Verbindung mit systematischer Beobachtung als Mittel zur Erfassung der verschiedenen Aspekte der Einstellung zum Tod bevorzugt (Munnichs 1966). Die Psychologen favorisieren jedoch weitgehend standardisierte Todesfurchtskalen, die die verbreitetste Anwendung in der thanatopsychologischen Forschung erfahren (vgl. Erlemeier 1972, Wittkowski 1980). So nennen Übersichtsaufsätze wie die von Lester (1967), Wittkowski (1978), Neufeldt und Holmes (1979) und Pollak (1979/80) eine Fülle von empirischen Untersuchungen, in denen die durch standardisierte Verfahren erfaßte Todesfurcht als Bezugskorrelat verwendet wird. Neben soziodemographischen Daten (z.B. Bascue und Lawrence 1977, Cole 1978) und anderen Hintergrundsvariablen wie z.B. Religiosität (Williams und Cole 1968), Lebenszufriedenheit (Kalish 1963) etc. wurden besonders Persönlichkeitsmerkmale verschiedener Art (beispielsweise Romantizismus, Dogmatismus, allgemeine Angstbereitschaft, Erfolgsbedürfnis) als Einflußgrößen auf die Angst vor dem Tode (z.B. O'Connel 1968, Handal 1969 und 1971, Durlak 1972 a, Nogas et al. 1974, Lucas 1974, Levine 1978, Brandon 1980) untersucht. Als beeinflussende unabhängige Persönlichkeitsvariable spielen hierbei die Kontrollüberzeugungen ("locus of control") eine nicht unwesentliche Rolle (siehe Kapitel 4). Die dabei verwandten Todesfurchtskalen sind zwar weitgehend objektiv, erweisen sich jedoch, wie besonders Steigerwald (1980) aufzeigte, hinsichtlich ihrer Reliabilität als zu wenig untersucht und zeigen eine fragliche Validität.

Hensle lagen bei der Konstruktion seiner ersten deutschen Todesfurchtskala insgesamt 13 amerikanische Todesfurchtskalen vor, darunter die von Livingston und Zimet (1965), Tolor und Reznikoff (1967), Collett und Lester (1969), Templer (1970) und Dickstein (1972). Alle diese Skalen beanspruchen, Todesfurcht ("death anxiety") zu messen. Stei-

gerwald (1980) und Wittkowski (1984) kritisierten aber neben dem mangelhaften methodischen Vorgehen bei der Skalenkonstruktion (z.B. meist nur studentische Stichproben) einen unzureichenden theoretischen Hintergrund. So fehlt in den meisten Arbeiten eine eingehende Definition dessen, was unter Todesfurcht verstanden wird, worunter die inhaltliche Ausrichtung der Items leidet. Wie Untersuchungen von Lester (1969) und Durlak (1972 b) zeigten, besteht aber wenigstens eine hohe Interkorrelation zwischen den einzelnen Todesfurchtskalen, was zu belegen scheint, daß sie zumindest ähnliche Aspekte der Todesfurcht erfassen.

Erst Collett und Lester (1969) begannen das bis dahin zugrundegelegte Konstrukt einer Globaltodesfurcht zu differenzieren. Sie postulierten eine Furcht vor dem eigenen Tod, eine Furcht vor dem eigenen Sterben, eine Furcht vor dem Tod anderer und eine Furcht vor dem Sterben anderer, ohne diesen Ansatz jedoch faktorenanalytisch zu überprüfen. Als Alternative zum Konstrukt einer Globaltodesfurcht entwickelte Dickstein (1972) eine Skala zur Messung der Todesbetroffenheit ("death concern scale"). Ferner erstellten Ray und Najman (1974) eine Skala der Todesakzeptanz ("death acceptance"). Beide Skalen korrelierten jedoch zu eindeutig mit den anderen bekannten Todesfurchtskalen und tragen somit nicht zu einer wesentlichen Differenzierung der Todesfurcht bei.

Den Nachweis, daß die Annahme einer Globaltodesfurcht nicht den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht, erbrachten erste faktorenanalytische Untersuchungen der Todesfurcht von Pandey (1975) und Nelson und Nelson (1975). So differenzierten Nelson und Nelson die Todesfurcht in folgende vier Faktoren: Todesvermeidung ("death avoidance"), Todesfurcht ("death fear"), Todesverleugnung ("death denial") und Widerstreben gegenüber dem Umgang mit Sterbenden ("reluctance to interact with dying"). Hoelter und Hoelter (1978, siehe auch Hoelter 1979) konstruierten aufgrund einer Faktorenanalyse eine "multidimension fear of death scale" (MFODS), worin sie insgesamt sogar acht Dimensionen der Todesfurcht unterschieden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Dimensionen der Todesfurcht nach Hoelter und Hoelter (1978).

1. Fear of dying process
2. Fear of the dead
3. Fear of being destroyed
4. Fear of (dying of) significant others
5. Fear of the unknown
6. Fear of conscious death
7. Fear of body after death
8. Fear of premature death

Diese Dimensionen geben einen Eindruck davon, aus wieviel verschiedenen Elementen sich die Todesfurcht zusammensetzen kann.
Der einzige vorliegende aus amerikanischen Todesfurchtskalen entwickelte deutsche Fragebogen zur Todesfurcht von Hensle (1975) zeigt ebenfalls einen faktorenanalytischen Ansatz. Dabei erhielt Hensle sechs Faktoren (Tabelle 4).

Tabelle 4: Dimensionen der Todesfurcht nach Hensle (1977).

1. Affektive Ablehnung und Abwehr des Todes, die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren
2. Nicht-Akzeptieren der Lebensendlichkeit
3. Erwartete Betroffenheit durch den Tod anderer
4. Besorgnis gegenüber dem Prozess des Alterns und Sterbens
5. Beschäftigung mit dem Tod
6. Glaube an und Wunsch nach einem Weiterleben nach dem Tod

Hensle faßte die ersten vier Faktoren zu einer Globalskala "Todesfurcht" zusammen, was von Steigerwald (1980) als unnötig kritisiert wurde. Zwar

liegt auch hier der Erstellung des Fragebogens nur eine studentische Stichprobe zugrunde; dennoch erweist sich dieser Fragebogen wegen seiner sorgfältigen Erarbeitung (Trennschärfenanalysen, hohe Split-half-Reliabilität) und seinem multivariaten Ansatz (s. Tab. 4) als sehr brauchbar für weitere Untersuchungen (siehe auch Abschnitt 6.2.1.1). Hensle definierte die Todesfurcht als ein "Konstrukt, das ängstlich besorgte Beunruhigung gegenüber dem Lebensende außerhalb akuter Lebensbedrohung" erfaßt (Hensle 1977, S. 545).

Im Überblick nehmen in der Todesfurchtforschung, wie dargestellt, die direkten Methoden den breitesten Raum ein. Zwar erfahren die direkten Methoden eine inhaltliche Differenzierung (z.B. anhand von Faktorenanalysen); indem sie aber eher den präsenten Anteil der Todesfurcht messen, kommt die Erforschung des unbewußten Anteils zu kurz, da dieser sich weitgehend der direkten Beobachtung und Befragung entzieht. Obgleich sich das Unbewußte methodisch schlechter fassen läßt, ist anzunehmen, daß gerade die einem Menschen nicht bewußte Angst, die sich seiner Kontrolle entzieht, großen Einfluß auf sein Verhalten nimmt.

Desiderat moderner Todesfurchtforschung bleibt ein differenziertes Vorgehen, welches den multiplen Faktoren, aus denen sich die Todesfurcht zusammensetzen kann, Rechnung trägt (Feifel und Nagy 1981) und neben den standardisierten Skalen, da diese sich eher auf die bewußte Ebene der Todesfurcht beziehen, auch die Verfahren zur Erfassung der unbewußten Ebene (z.B. das Semantische Differential) berücksichtigt.

4. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Todesfurcht und Kontrollüberzeugungen ("locus of control")

4.1 Das Konzept der Kontrollüberzeugungen

Bei der Untersuchung der Todesfurcht in Abhängigkeit von Persönlichkeitsmerkmalen spielt das Persönlichkeitskonzept der Kontrollüberzeugungen ("locus of control") eine wesentliche Rolle (siehe Wittkowski 1978). Die Fragebögen zur Erfassung der Kontrollüberzeugungen dienen dazu, Personen, die ihr Verhalten als selbstbestimmt (internal kontrolliert) erleben, von solchen zu unterscheiden, die ihr Verhalten als fremdbestimmt (external kontrolliert) ansehen. Das sich internal kontrolliert fühlende Individuum erlebt Verstärkungen wie Erfolge, Lob oder sozialen Wertzuwachs überwiegend als Ergebnis seines eigenen Verhaltens und seiner eigenen Anstrengungen. Der sich external kontrolliert empfindende Mensch fühlt sich von äußeren Einflüssen getrieben und sieht in positiven oder negativen Lebensereignissen überwiegend das Walten von Glück, Schicksal und Zufall oder das Einwirken anderer als mächtiger erachteter Personen.

Der Begründer dieses Persönlichkeitskonstruktes war Rotter, der auch erstmals einen Fragebogen zur Erfassung von internalen/externalen Kontrollüberzeugungen vorlegte (Rotter 1966). Das Konstrukt beruhte auf der vom Autor entwickelten sozialen Lerntheorie. Diese beschreibt den Einfluß positiver oder negativer Verstärker (z.B. Strafe oder Belohnung) auf das Verhalten der Individuen. Mit Hilfe des "locus of control"-Fragebogens versuchte Rotter festzustellen, inwieweit das einzelne Individuum diese Verstärker als Konsequenz eigenen Verhaltens oder aber als Resultat äußerer Einflüsse (z.B. Umwelt, Schicksal) empfindet. Die Erstfassung des Fragebogens von 1966 wurde von verschiedenen Autoren mehrfahr revidiert. Bis jetzt liegen insgesamt dreizehn verschiedene Versionen vor (Mielke 1983, S. 258f.), die in der psychologischen Forschung häufige Anwendung finden. So erwähnte Krampen, daß im Zeit-

raum von 1971 bis 1979 die Stichworte "control", "internal/external" insgesamt 2307 mal in den "Psychological Abstracts" aufgeführt wurden (Krampen 1982, S. 2).

Die Arbeiten von Mielke (1982) und Krampen (1982) bieten einen guten Überblick über bisherige theoretische und empirische Arbeiten zum Konstrukt des "locus of control". Zusammengefaßt ergibt sich aus ihnen folgendes Bild: Internal kontrollierte Personen scheinen selbständiger zu sein und sich weniger von äußerem Druck beeinflussen zu lassen. Ihr Verhalten ist zielgerichteter, weshalb sie in unserer Gesellschaft zu den erfolgreicheren gehören. Sie zeigen eine stärkere Leistungsorientierung und betonen die persönliche Verantwortung für ihr Handeln. Externale dagegen sind unsicherer in ihrem Verhalten und lassen sich daher leichter beeinflussen. Wenn es um die Beeinflussung anderer Personen geht, wenden sie ihrerseits eher Sanktionsmittel an und verhalten sich autoritärer. Internale zeigen insgesamt eine eher tolerante Haltung und sind nicht zuletzt deswegen beliebter in unserer Gesellschaft (Mielke 1982).

Es bleibt allerdings zu betonen, daß das Konzept des "locus of control" keine neue Typenlehre darstellt. Bei der Beurteilung der Persönlichkeit eines Menschen läßt sich nicht entweder ein Typ mit ausschließlich internaler oder ausschließlich externaler Kontrollüberzeugung ausmachen. "Die interne/externe Kontrollüberzeugung ist ein Kontinuum von ausgeprägter interner Kontrollüberzeugung über die verschiedenen Mischungsverhältnisse interner und externer Kontrollüberzeugung bis hin zu einer ausgeprägten Neigung, ausschließlich externale Kontrolle anzunehmen" (Mielke 1982, S. 35). Diese Aussage erscheint wichtig, da bei den Fragebögen der Grad an internaler und externaler Kontrollüberzeugung eines Individuums unabhängig voneinander auf jeweils eigenen Subskalen gemessen wird und theoretisch ein hoher Wert in beiden, der externalen und der internalen Skala möglich ist (siehe Abschnitt 6.2.2).

Halder faßt die Bedeutung der Internalität und Externalität folgendermaßen zusammen: "Während Externale Schwierigkeiten und Probleme in ihrem Leben als schicksalsgegeben, allenfalls als Folge des Handelns anderer erachten und sich selbst zur Änderung der Situation außerstande glauben, halten sich Internale für Mißerfolge selbst verantwortlich und sind vom Sinn ihrer eigenen Anstrengungen zur Herbeiführung einer Änderung überzeugt" (Halder 1977, S. 136). Zu bedenken bleibt somit: "the internally oriented person feels a sense of control over the environment, while the externally oriented person feels subject to environmental influences." (Vargo und Black 1984, S. 1525). Wenn wir somit davon ausgehen, daß Internalität bzw. Externalität stark bestimmend auf das Handeln des Einzelnen einwirkt, wird mit dem "locus of control" ein für den Forschungsbereich der Todesfurcht und des Verhaltens gegenüber dem sterbenden Patienten sehr wichtiges Persönlichkeitsmerkmal erfaßt.

So wäre für die im medizinischen Bereich Tätigen eher eine internale Kontrollüberzeugung wünschenswert, da ein von sich selbst bestimmtes Individuum, das sich durch seine Mitmenschen weniger irritieren läßt und sich dem Schicksal weniger ausgeliefert fühlt, in der Konfrontation mit Patienten freier von eigenen Ängsten ist, was ihm ermöglicht, dem Kranken offener und mit größerem Verantwortungsbewußtsein zu begegnen.

4.2 Empirische Untersuchungen zum Verhältnis von Todesfurcht und Kontrollüberzeugungen

Der Zusammenhang zwischen Todesfurcht und den Kontrollüberzeugungen war bereits Gegenstand einer Vielzahl von Untersuchungen. Bereits im Jahre 1967, ein Jahr nach Veröffentlichung von Rotters "internal/external locus of control scale", untersuchten Tolor und Reznikoff den

Zusammenhang zwischen Todesangst, "locus of control" und "repression/sensitization" (Tolor und Reznikoff 1967). Sie legten Collegestudenten den Todesfurchtfragebogen von Livingston und Zimet (1965) und Rotters "internal/external locus of control scale" vor, und fanden eine geringfügige Korrelation von 0,232 zwischen Todesfurcht und Externalität. Die Untersuchung wurde zur Pilotstudie einer Fülle von weiteren Untersuchungen zum Thema Todesfurcht und "internal/external control". Bis Ende 1986 lagen uns insgesamt 17 Arbeiten vor, die die Korrelation zwischen beiden Variablen erforschten. Wir haben sie in Tabelle 5 zusammengestellt.

Wie bereits Tolor und Reznikoff wählten die meisten Autoren Psychologiestudenten als Versuchspersonen. Dickstein (1972) suchte einen Zusammenhang zwischen der von ihm konstruierten "death concern scale" und internaler/externaler Kontrolle, der sich aber nicht bestätigen ließ. Berman und Hays (1973) wandten zwei bekannte Todesfurchtskalen, die "death anxiety scale" von Templer aus dem Jahre 1970 und die "Lester's fear of death scale" aus dem Jahre 1967, an, um einen Zusammenhang zwischen den genannten Skalen und dem Glauben an ein Leben nach dem Tod sowie der internalen/externalen Kontrolle zu belegen, fanden aber keinerlei signifikante Korrelationen. Ähnlich erging es Selvey (1974), der dazu die "fear of death scale" von Boyar aus dem Jahre 1964 verwandte.

Korrelationen zwischen externaler Kontrolle und Todesfurcht ergaben sich in den neueren Untersuchungen von Patton und Freitag (1977), Sullivan (1977), Kuperman und Golden (1978), Sadowski et al. (1979/80) und Hyams et al. (1980). Kuperman und Golden fanden einen positiven Zusammenhang zwischen Todesfurcht und Externalität anhand der von Dickstein 1972 entworfenen "death concern scale" und der "internal/external control scale" (I.E. Rotter 1966) in der Größe von 0,30 sowie einen Zusammenhang beider Variablen von 0,35 anhand der "death anxiety scale" von Templer und der "internal/external control scale". Sie erzielten damit die höchsten bisher beschriebenen Korrelationen zwischen Todesfurcht und externaler Kontrolle (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Todesfurcht und Kontrollüberzeugungen.

Autoren	Jahre	Teilnehmer	Todesfurchtskala	"locus of control"-Skala	Ergebnisse (r=Korrelationskoeffizient mit Signifikanz von $p \leqq 0{,}05$) (n.s.=nicht signifikant)
1. Tolor und Reznikoff	1967	79 Studenten	modifizierter Fragebogen nach Livingston und Zimet 1965	I.E. Rotter 1966	Korrelation von Externalität mit Todesfurcht (r=0,232)
2. Dickstein	1972	193 Psychologiestud.	"death concern scale" Dickstein 1972	I.E. Rotter 1966	n.s.
3. Berman und Hays	1973	300 Studenten	"death anxiety scale" (DAS) Templer 1970 + "fear of death scale" (FODS) Lester 1967	I.E. Rotter 1966	n.s.
4. Selvey	1974	126 Psychologie-studentinnen	"fear of death scale" Boyar 1964	I.E. Rotter 1966	n.s.
5. Granich	1976	139 Krankenschwester-schülerinnen	DAS Templer 1970 + "death concern scale" Dickstein 1972	(keine genaue Angabe)	n.s.
6. Patton und Freitag	1977	227 Studenten	"depressive fear" aus Todesfurchtfragebogen von Pandey 1975	I.E. Rotter 1966	Korrelation von Externalität mit Todesfurcht (r=0,24)
7. Sullivan	1977	321 Studenten	DAS Templer 1970 + FODS Collett and Lester 1969	I.E. Rotter 1966	Korrelation zwischen Externalität und FODS (keine Zahlenangabe)

(Fortsetzung von Tabelle 5)

Autoren	Jahre	Teilnehmer	Todesfurchtskala	"locus of control"-Skala	Ergebnisse (r=Korrelationskoeffizient mit Signifikanz von $p \leq 0,05$) (n.s.=nicht signifikant)
8. Nehrke et al.	1977/78	120 Erwachsene (Alter über 60 Jahre)	DAS Templer 1970 + "fear of death scale" Boyar 1964	I.E. Rotter 1966	n.s.
9. Kuperman und Golden	1978	142 männliche Studenten	DAS Templer 1970 + "death concern scale" Dickstein 1972	I.E. Rotter 1966	Korrelation von: Externalität mit Todesfurcht (r=0,35) Externalität mit Todesbetroffenheit (r=0,30)
10. Incagnoli	1978	80 Kriegsveteranen mit chronischen Lungenkrankheiten	DAS Templer 1970	"belief in locus of control" Levenson 1972	n.s.
11. Tolor	1978	86 Personen (darunter 34 Studenten)	"death anxiety scale" Tolor und Reznikoff 1967	"health locus of control scale" Wallston et al. 1976	n.s.
12. Litman	1979	100 Erwachsene nach Verlust eines Angehörigen	DAS Templer 1970 + FODS Lester 1967	"Nowicki internal/external locus of control scale" (AINSI-E)	Korrelation zwischen Internalität/Exter-nalität und DAS (keine Zahlenangabe)
13. Sadowski et al.	1979/80	375 Studenten	DAS Templer 1970	"Reid-Ware three factor locus of control scale" 1974	Korrelation von DAS mit: Fatalism (r=0,225) Social-system-control (r=0,156) Self-control (r=0,293)

(Fortsetzung von Tabelle 5)

Autoren	Jahre	Teilnehmer	Todesfurchtskala	"locus of control"-Skala	Ergebnisse (r=Korrelationskoeffizient mit Signifikanz von $p \leq 0,05$) (n.s.=nicht signifikant)
14. Hyams et al.	1980	99 Studenten	10 Items aus "health and illness survey" Wrenn 1980	"personal opinion survey" Coan et al. 1973	Korrelationen auf Itemebene (keine Zahlenangabe)
15. Trent et al.	1981	267 Teilnehmer an einem workshop über Tod und Sterben	DAS Templer 1970	I.E. Rotter 1966	n.s.
16. Hunt et al.	1983	43 Feuerwehrleute, 56 Polizisten, 50 Studenten	FODS Collett and Lester 1969	"belief in locus of control" Levenson 1972	Korrelation von "powerful others" mit: death of self (r=0,12) death of others (r=0,29) dying of self (r=0,21) dying of others (r=0,24) Korrelation von "chance" mit: death of others (r=0,12) dying of others (r=0,20)
17. Vargo und Black	1984	50 Medizinstudenten	DAS Templer 1970	I.E. Rotter 1966	Mittelwertsvergleich: externale Gruppe zeigt höhere Todesfurcht als internale Gruppe

Einige Autoren legten ihren Untersuchungen eine nicht-studentische Population zugrunde. So befragte Incagnoli (1978) 80 Veteranen, die an chronischen Lungenkrankheiten litten, um einen Einfluß der Todesfurcht oder des "locus of control" auf das Rauchverhalten festzustellen; sie fand aber keinerlei Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen. Nehrke et al. (1977/78) wählten 100 Personen, die älter als 60 Jahre waren, um bei ihnen die Lebenszufriedenheit in Abhängigkeit von Todesfurcht und internaler/externaler Kontrolle zu untersuchen. Sie konnten aber ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen den uns interessierenden Variablen feststellen. Das Untersuchungskollektiv von Tolor (1978) bestand aus 86 erwachsenen Personen (darunter 34 Studenten), an denen er den Zusammenhang zwischen Todesfurcht und einer Spezialskala, der "health locus of control scale", in Abhängigkeit von der Anzahl in der Kindheit durchgemachter Erkrankungen und Unfälle untersuchte. Lediglich bei Frauen fand er einen Zusammenhang zwischen den berichteten Krankheiten in der Kindheit und an externalen Kontrollüberzeugungen orientiertem Gesundheitsverhalten. Todesfurcht und die "health locus of control scale" waren aber nicht korreliert.

Litman (1979) untersuchte hundert Erwachsene, die innerhalb der vergangenen zwölf Monate einen Familienangehörigen verloren hatten, und fanden eine signifikante Korrelation zwischen Externalität, Todesfurcht und manifester Angst. Leider machte er keine genauen Angaben über das Ausmaß der Korrelation. Trent et al. (1981) legten 207 Teilnehmern eines "workshops" über Tod und Sterben vor und nach dem "workshop" einen Todesfurchtfragebogen und einen Fragebogen zur internalen/externalen Kontrolle vor. Sie fanden zwar einen signifikanten Abfall der Todesfurcht im Verlaufe des "workshops", ein Zusammenhang zwischen Todesfurcht und internaler/externaler Kontrolle ließ sich aber nicht feststellen. Am Einfluß des Berufes auf die Todesfurcht und die Kontrollüberzeugung waren Hunt et al. (1983) in ihrer Untersuchung interessiert, die sie an Feuerwehrleuten, Polizisten und Studenten durchführten. Wie erwartet, fanden sie bei Feuerwehrleuten und Polizisten eine höhere Todesfurcht als bei Studenten. Auch konnten sie eine Korrelation zwischen den Subskalen der Externalität und den Subskalen der Todesfurcht nachweisen (siehe Tabelle 5).

Dem medizinischen Personal, welches für unsere Arbeit die größte Bedeutung hat, wandten sich nur zwei der uns vorliegenden Untersuchungen zu. So befragte Granich (1976) 139 Krankenschwestern bezüglich ihrer Erfahrung im Umgang mit sterbenden Patienten und legte ihnen dann Todesfurchtfragebögen sowie einen Fragebogen zum "locus of control" vor. Seinen Ergebnissen zufolge bestand kein signifikanter Effekt der klinischen Erfahrung auf die Todesfurcht. Auch eine Korrelation zwischen Todesfurcht und "locus of control" ließ sich nicht feststellen. Vargo und Black (1984) untersuchten 50 Medizinstudenten hinsichtlich ihrer Todesfurcht und internaler/externaler Kontrolle. Ihr methodischer Ansatz unterschied sich jedoch von dem der bisher erwähnten Arbeiten. Sie errechneten keine Korrelationsanalysen zwischen den beiden Variablen; statt dessen bildeten sie aus dem Untersuchungskollektiv von 50 Medizinstudenten zwei Gruppen, wovon sie aufgrund des ausgewerteten "locus of control"-Fragebogens 34 als internal und 16 als external kontrollüberzeugt klassifizierten, und führten einen Mittelwertsvergleich durch. Sie fanden bei der external kontrollierten Gruppe eine höhere durchschnittliche Todesfurcht als bei der internal kontrollierten. Vargo und Black leiteten aus ihren Ergebnissen ab, daß der internal kontrollierte Medizinstudent fähiger ist, effektiv mit Tod und Sterben umzugehen.

Zusammenfassend finden wir in acht der siebzehn uns vorliegenden Untersuchungen keinerlei signifikante Korrelation zwischen Todesfurcht und internaler/externaler Kontrolle. Neun Untersuchungen wiesen positive Zusammenhänge zwischen den beiden Variablen auf, wobei in erster Linie die Externalität mit der Todesfurcht korrelierte. Allerdings waren darunter auch Arbeiten, wie die von Hyams et al. (1980), die zwischen Skalen der Todesfurcht und Externalität bzw. Internalität keine Korrelationen finden konnten, sondern nur für einzelne Items aus den verwandten Todesfurchtfragebögen eine korrelative Beziehung zur Internalität nachwiesen. Hunt et al. (1983) fanden nur Korrelationen der externalen Kontrolle mit einzelnen Subskalen der Todesfurcht (siehe Tabelle 5), während Vargo und Black, wie bereits erwähnt, auf eine Korrelationsberechnung verzichteten und statt dessen einen Mittelwertsvergleich durchführten.

Für die Inkonsistenz in den vorhandenen Untersuchungen lassen sich mehrere Gründe anführen. Zum einen ist die Art der angewandten Testinstrumente uneinheitlich. Die vorliegenden Arbeiten verwandten insgesamt sieben verschiedene Todesfurchtskalen und sechs verschiedene Kontrollüberzeugungsskalen, so daß eine Vergleichbarkeit der Untersuchungen untereinander kaum gegeben ist. Zum anderen muß man auch die Unterschiedlichkeit der Teilnehmergruppen berücksichtigen, da die Versuchspersonen bezüglich Alter und Beruf sehr verschiedenen Populationen entstammten. Außerdem ist ein signifikantes Ergebnis auch von der Höhe der Teilnehmerzahl abhängig, die, wie aus Tabelle 5 ersichtlich, stark variiert.

Nicht zuletzt müssen wir (wie bereits in Kapitel 3 dargelegt), die Qualität einzelner Todesfurchtfragebögen in Zweifel ziehen, so daß auch hierdurch beträchtliche Abstriche hinsichtlich der Güte der vorliegenden Ergebnisse gemacht werden müssen.

Trotz der beschriebenen Heterogenität der Ergebnisse läßt sich ein Zusammenhang zwischen den Kontrollüberzeugungen und der Todesfurcht nicht leugnen. Eine eher externale Kontrollüberzeugung prädisponiert zu einer höheren Todesfurcht. Das external kontrollierte Individuum fühlt sich stärker von Tod und Sterben betroffen.

Für zukünftige Untersuchungen gilt anzumerken, daß die Korrelationsanalysen zwischen Todesfurcht und "locus of control" unbedingt vermehrt auch außerhalb studentischer Populationen erhoben werden sollten. Man müßte auch an die Durchführung einer solchen Untersuchung anhand einer zahlenmäßig großen, repräsentativen Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung denken, wobei reliable und valide Testskalen verwandt werden sollten, um somit eine verläßlichere und allgemeingültigere Aussage über den Einfluß des "locus of control" auf die Todesfurcht machen zu können. In diesem Sinne scheint der Untersuchungsgegenstand erst am Beginn seiner Erforschung zu stehen.

5. Zielsetzung dieser Arbeit

Wie wir darlegen konnten, wurden bisher vielfach Untersuchungen durchgeführt, um die Einstellung zum Tode resp. Todesfurcht (Wittkowski 1978) und deren Abhängigkeit von Kontrollüberzeugungen zu erfassen. Allerdings fehlen darunter Arbeiten, die ein aus Ärzten bestehendes Probandenkollektiv zur Grundlage haben (siehe Kapitel 4). Untersuchungen zur Todesfurcht von Ärzten zeichnen sich durch Uneinheitlichkeit und verschiedene methodische Ansätze aus (siehe Abschnitt 2.2). Die beschriebenen Ergebnisse lassen dennoch vermuten, daß die Todesfurcht des Arztes eine Eigenschaft darstellt, welche seine ärztliche Tätigkeit, d.h. vor allem seinen Umgang mit seinen Patienten beeinflußt.

Der Mangel an empirischen Arbeiten, welche sich mit der Todesfurcht des Arztes und seiner Persönlichkeit in Zusammenschau mit seiner ärztlichen Tätigkeit befassen, hat uns dazu veranlaßt, vorliegende Studie zu konzipieren. Wissenschaftliches Hauptinteresse hatte dabei die Fragestellung, in welcher Hinsicht die Einstellung des Arztes zum Tode sein Verhältnis zum unheilbar kranken Patienten bestimmt, inwieweit Aufklärungshäufigkeit und emotionale Schwierigkeiten beim Aufklärungsgespräch durch die eigene Todesfurcht beeinflußt werden. Beide Untersuchungsschwerpunkte, die Todesfurcht mit ihren unterschiedlichen Aspekten (siehe Kapitel 3) und das Verhalten gegenüber den betreuten unheilbar kranken Patienten (siehe Abschnitt 1.2), sollten in Abhängigkeit von der Persönlichkeit des Arztes gesehen werden. Da sich "die gesamte Persönlichkeit" eines Individuums empirisch kaum oder nur sehr ungenügend fassen läßt, schien als wichtiges Persönlichkeitsmerkmal das Konstrukt internale versus externale Kontrollüberzeugung im Rahmen dieser Untersuchung besonders geeignet, zumal es zum Ausdruck bringt, in welchem Ausmaße sich der einzelne für die Gestaltung seines Lebens und für sein Handeln selbst verantwortlich fühlt (siehe Kapitel 4).

Nach Durchsicht vorliegender Literatur (siehe Kapitel 2, 3 und 4) formulierten wir folgende Hypothesen:

Ärzte, die externalen Kontrollüberzeugungen unterliegen, zeigen eine vergleichsweise stärkere Furcht vor Tod und Sterben.

Ärzte, die internalen Kontrollüberzeugungen unterliegen, zeigen eine geringere Furcht vor Tod und Sterben.

Ärzte, die externalen Kontrollüberzeugungen unterliegen, beschäftigen sich weniger häufig mit dem Tod als einem von ihnen gefürchteten Thema.

Ärzte, die internalen Kontrollüberzeugungen unterliegen, beschäftigen sich häufiger mit dem Tod.

Eine beim Arzte bestehende starke Ausprägung der Todesfurcht geht einher mit größeren emotionalen Schwierigkeiten beim Aufklärungsgespräch mit einem unheilbar kranken Patienten und verringert somit die Aufklärungshäufigkeit über die Prognose der Erkrankung.

6. Methodisches Vorgehen

Die Überprüfung der in Kapitel 5 vorgestellten Hypothesen erforderte eine sorgfältige Auswahl der Zielgruppe, des Testmaterials sowie der Verfahren zur statistischen Auswertung.

6.1 Zielgruppe

Das Hauptaugenmerk galt in den meisten bisherigen Untersuchungen den im Krankenhaus tätigen Ärzten (z.B. Potthoff 1980, Heller 1980). Auch sehr viele Arbeiten zum Informationsverhalten von Ärzten bezogen sich auf Krankenhausärzte (z.B. Rea et al. 1975, Noyes et al. 1977, Carey und Posavac 1979). Erst Arbeiten aus der jüngeren Zeit hatten den niedergelassenen Arzt im Visier (Todd und Still 1984, Nylenna 1985).

Die Krankenhausärzte bilden innerhalb der Ärzteschaft eine Sondergruppe, deren größten Teil die Assistenzärzte ausmachen, für die das Krankenhaus lediglich Ausbildungsstätte und Durchgangsstufe für die eigene Praxis ist. Der in eigener Praxis tätige Arzt kommt mit der Bevölkerung am unmittelbarsten in Kontakt, er ist für den Patienten Repräsentant der Ärzteschaft. Beschäftigten wir uns in einer empirischen Untersuchung ausschließlich mit dem Krankenhausarzt, erhielten wir somit keineswegs zuverlässige Informationen über die Gesamtheit der Ärzte. Wir wandten uns daher mit unserer Untersuchung direkt an den niedergelassenen Arzt.

Wie wir in Abschnitt 4.2 sehen konnten, haben bisherige Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Todesfurcht und Kontrollüberzeugungen nur geringe Korrelationen erbracht. Um statistisch signifikante Ergebnisse zu erhalten, bedurfte es daher eines großen Probandenkollektivs. Eine postalische Befragung stellte die günstigste Möglichkeit dar, eine entsprechend große Teilnehmerzahl zu erreichen.

Als Adressaten unserer Untersuchung bestimmten wir die niedergelassenen Allgemeinärzte, Praktischen Ärzte und Internisten in Rheinland-Pfalz. Spezialisiertere Fachrichtungen wie etwa Radiologie, Orthopädie, Augenheilkunde, HNO usw. kamen wegen der fehlenden Dauerbetreuung der entsprechenden Patienten durch diese Ärzte nicht in Betracht. Ebenso konnten Pädiater und Gynäkologen wegen ihres eingeschränkten Patientenkollektivs nicht in unser Untersuchungsprogramm aufgenommen werden.

Bei einer Gesamtzahl von 2200 niedergelassenen Allgemeinärzten, Praktischen Ärzten und Internisten in Rheinland-Pfalz im Jahre 1983 standen für unsere Studie 1100 Adressen zur Verfügung, da die andere Hälfte der Anschriften für eine parallel durchgeführte Untersuchung benötigt wurde.

6.2 Testmaterial

6.2.1 Materialien zur Erfassung der Todesfurcht

6.2.1.1 Todesfurchtfragebogen von Hensle

Der einzige Fragebogen zur Erfassung von Todesfurcht, der bei Beginn der Planung unserer Studie in deutscher Sprache vorlag, war die Skala von Hensle. In ihrer Endfassung beinhaltet sie 45 Items, die Übersetzungen aus bekannten amerikanischen Todesfurchtskalen entsprechen. Die einzelnen Items sind vom Probanden jeweils mit "stimmt" oder "stimmt nicht" zu beantworten. Mit Hilfe einer Faktorenanalyse konnte Hensle die Todesfurcht in sechs Einzelfaktoren unterteilen, deren Benennung aus Tabelle 6 hervorgeht.

Tabelle 6:	Faktoren der Skala zur Erfassung von Todesfurcht mit Itembeispielen (Hensle 1977).
Faktor A1:	Affektive Ablehnung und Abwehr des Todes, die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren. (z.B.: "In Gegenwart eines Sterbenden würde ich keine Angst empfinden.")
Faktor A2:	Nichtakzeptieren der Lebensendlichkeit. (z.B.: "Ich will nicht gerade jetzt sterben, bin aber froh, daß ich eines Tages sterben werde.")
Faktor A3:	Erwartete Betroffenheit durch den Tod anderer. (z.B.: "Die Möglichkeit des Todes geliebter Personen weckt in mir Angst.")
Faktor A4:	Besorgnis gegenüber dem Prozess des Alterns und Sterbens. (z.B.: "Der geistige Abbau im Alter beunruhigt mich.")
Faktor B:	Beschäftigung mit dem Tod. (z.B.: "Ich habe schon einmal gewünscht, ich wäre tot.")
Faktor C:	Glaube an und Wunsch nach einem Weiterleben nach dem Tod. (z.B.: "Ich habe ein Verlangen danach, nach dem Tod weiterzuleben.")

Die Faktoren A1, A2, A3 und A4 faßte Hensle zu einer Gesamtskala A ("Angst vor dem Tod, Abneigung, Beunruhigung gegenüber dem Tod") zusammen. Die ursprünglichen Faktoren A1 bis A4 blieben aber als Subskalen der Gesamtskala A weiterhin bestehen.

Die Skala A hatte eine Split-half-Reliabilität von 0,83, die B-Skala von 0,77 und die C-Skala von 0,71. Die Objektivität ist aufgrund des Fragebogenverfahrens ("paper-pencil-test") gewährleistet. Eine externe Validierung ist allerdings nicht erfolgt, d.h., die Validität der Skalen wurde nicht anhand von Außenkriterien überprüft. Ebensowenig reichte die bei der Skalenkonstruktion nur aus Studenten bestehende Stichprobe zur Normierung des Fragebogens aus.

Wir entschieden uns in unserer Untersuchung für diesen Fragebogen, da er uns aufgrund seiner sorgfältigen Testkonstruktion als das geeignetste Mittel zur Messung von Todesfurcht im Rahmen einer postalischen Befragung erschien. Seine mangelnde praktische Erprobung machte jedoch eine erneute Faktoren- und Itemanalyse nach Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen notwendig. (Zur vollständigen Todesfurchtskala von Hensle siehe Abschnitt 11.2.2 im Anhang).

6.2.1.2 Semantisches Differential von Potthoff

Da mit einem standardisierten Fragebogen, wie ihn der Hensle-Fragebogen darstellt, eher die präsente Ebene der Todesfurcht erfaßt wird, war es erforderlich, eine Methode hinzuzuziehen, die stärker deren unbewußten Anteil berücksichtigt (siehe Kapitel 3). Imaginative und projektive Tests schieden wegen mangelnder Objektivität in der Auswertung aus. Geeignet zur Erfassung des emotionalen Bereichs der Todesfurcht schien uns das von Potthoff (1980) verwandte Semantische Differential (SD) zum Wort "Tod" (siehe Kapitel 3). Das SD besteht aus siebzehn Gegensatzpaaren von Adjektiven zum Begriff "Tod", z.B. süß-bitter, feindlich-freundlich, schön-häßlich. Die Testperson soll anhand einer Skala von eins bis sieben angeben, in welchem Ausmaß sie den Tod mit jeweils einem der beiden Adjektive in Verbindung bringt (siehe Abschnitt 11.2.3 im Anhang). Auch beim Semantischen Differential strebten wir eine Faktorenanalyse an.

6.2.2 Erfassung der Kontrollüberzeugungen

Die Kennzeichen einer internalen bzw. externalen Kontrollüberzeugung haben wir in Abschnitt 4.1 beschrieben. Zur Erfassung der Kontrollüberzeugungen wählten wir die von Günter Krampen 1981 herausgegebene deutsche Bearbeitung der "IPC-scales" von Levenson (1972). Das Be-

sondere an der IPC-Skala ist die Aufspaltung des externalen Faktors in zwei Subfaktoren: zum einen in die Externalität, welche "durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit bedingt ist, durch ein Gefühl der sozialen Abhängigkeit von anderen (mächtigen) Personen" ("powerful others" = P), und zum anderen die Externalität, die "durch Fatalismus bedingt ist, also durch die generalisierte Erwartungshaltung, daß die Welt unstrukturiert und ungeordnet ist, daß das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und Zufall ("chance" = C) abhängen" (Krampen 1981, S. 8). Mit dem Faktor der Internalität wird "die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse und Verstärker in der personspezifischen Umwelt" ("internal control" = I) gemessen. Die einzelnen Items (Itembeispiele siehe Tabelle 7) müssen von den Probanden als sehr falsch, falsch, eher falsch, eher richtig, richtig oder sehr richtig beurteilt werden. Ihnen stehen als Abkürzungen die Symbole ---, --, -, +, ++, +++ zur Verfügung (zur vollständigen IPC-Skala siehe Abschnitt 11.2.4 im Anhang). Die IPC-Skala von Krampen ist weitgehend objektiv ("paper-pencil-test"). Je nach Untersuchungsstichprobe wiesen die I-Skala eine Split-half-Reliabilität von 0,55 bis 0,80, die P-Skala von 0,57 bis 0,79 und die C-Skala von 0,61 bis 0,76 auf. Die Test-Retest-Reliabilitätskoeffizienten betrugen bei einem Zeitintervall von zwei Wochen bezüglich der I-Skala 0,84, bezüglich der P-Skala 0,81 und bezüglich der C-Skala 0,90. (Krampen 1981, S. 11). Die Validität der Gesamtskala wurde anhand von Außenkriterien überprüft (Krampen 1981, S. 11-18).

Auch dieser Fragebogen sollte einer erneuten Faktorenanalyse unterzogen werden, da die Originalfaktoren möglicherweise nicht auf unsere Untersuchungsstichprobe übertragbar sind, welche sich im Vergleich zur Ausgangsstichprobe, an der die ursprüngliche Faktorenanalyse durchgeführt wurde, durch Homogenität bezüglich der Berufsgruppe auszeichnet.

Tabelle 7:	Itembeispiele der Skalen I ("internal control"), P ("powerful others") und C ("chance").
Skala I:	"Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, daß das Geplante auch Wirklichkeit wird."
Skala P:	"Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muß ich zu anderen freundlich sein."
Skala C:	"Es ist eine Frage des Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe."

6.2.3 Eigenes Frageninventar zum Verhalten gegenüber dem unheilbar kranken Patienten

Bei der Zusammenstellung eigener Fragen ging es uns vor allem darum, einen Überblick darüber zu gewinnen, wie sich der Arzt gegenüber dem unheilbar kranken Patienten verhält und welche Gefühle ihn dabei bewegen. Da bereits der Todesfurchtfragebogen, das Semantische Differential und der IPC-Fragebogen dem beantwortenden Arzt einen erheblichen zeitlichen Aufwand abverlangten, erschien es notwendig, diesen Themenbereich mit einigen knapp zu beantwortenden Fragen zu erfassen. Sie erhalten ihre Bedeutung vor allen Dingen in Bezug zur Todesfurcht des Arztes (siehe Kapitel 5).

Im folgenden sollen die von uns erarbeiteten Fragen im einzelnen dargestellt und kurz diskutiert werden (zum vollständigen Fragebogen siehe Abschnitt 11.2.1 im Anhang).

Nach einer Definition dessen, was wir unter einem "unheilbar kranken Patienten" verstehen, und einer kurzen Arbeitsanleitung fragten wir zunächst nach Fachrichtung und Geschlecht, Größe der Niederlassungsgemeinde sowie Dauer der Niederlassung, um einen allgemeinen Überblick darüber zu erhalten, wie sich die von uns befragte Ärzteschaft hinsichtlich dieser soziodemographischen Variablen zusammensetzte. Darüber hinaus galt es, eine mögliche Einflußnahme dieser Variablen auf das Aufklärungsverhalten und die Todesfurcht des Arztes zu untersuchen.

Anhand der vierten Frage: "Wodurch konnten Sie im Laufe Ihrer ärztlichen Aus- und Weiterbildung Kenntnisse und Fertigkeiten für den Umgang mit unheilbar kranken Patienten erwerben?" verschafften wir uns einen Überblick darüber, wie die niedergelassenen Ärzte zum Umgang mit unheilbar kranken Patienten aus- und weitergebildet wurden.

Weiterhin fragten wir danach, wie häufig der Arzt mit vertrauten Personen über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben spreche. Erfaßt werden sollte das Ausmaß der grundsätzlichen Offenheit gegenüber diesem Themenkreis. Von Interesse ist deren Beziehung zu Einflußgrößen wie Todesfurcht, Beschäftigung mit dem Tod und Aufklärungsverhalten.

Die sechste Frage galt der ungefähren Anzahl von zu behandelnden unheilbaren Patienten im letzten Quartal. Aus dieser Frage ließ sich in etwa ableiten, welche Erfahrung der angeschriebene Arzt mit solchen Patienten hat. Auch hier war ein Zusammenhang mit den von uns untersuchten Parametern zu erwarten.

Das Informationsverhalten des Arztes, auf das die folgenden Fragen 7 bis 11 abzielten, bildete den Untersuchungsschwerpunkt des eigenen Frageninventars (Tabelle 8).

Tabelle 8:	Fragen zum Informationsverhalten des Arztes. (Die Fragen 7, 8, 9 und 11 konnten mit "immer", "häufig", "selten" oder "nie" beantwortet werden.)
Frage 7:	"Klären Sie unheilbar kranke Patienten über die Diagnose ihres Leidens auf?"
Frage 8:	"Klären Sie unheilbar kranke Patienten über die Prognose ihres Leidens auf?"
Frage 9:	"Wenn Sie es im Einzelfall nicht für richtig halten, einen unheilbar kranken Patienten über die Prognose seines Leidens aufzuklären, informieren Sie dann die nächsten Angehörigen darüber?"
Frage 10:	"Welche der folgenden Faktoren sprechen Ihrer Meinung nach für die Aufklärung eines unheilbar kranken Patienten über dessen Prognose?" (übersetzt nach Carey und Posavac 1979)
Frage 11:	"Passiert es Ihnen, daß Sie trotz Kenntnis des unheilbaren Zustandes eines Patienten den Zeitpunkt eines Aufklärungsgespräches länger als eigentlich beabsichtigt hinauszögern?"

Vor allem aus der Arbeit von Raspe und Eulenburg (1978) entnahmen wir die Notwendigkeit der Differenzierung zwischen Diagnose und Prognose, da eine Aufklärung über die Diagnose häufiger erfolgt und dem Arzt auch leichter fällt als die Aufklärung über die Prognose.

Frage 11 diente zur indirekten Erfassung emotionaler Schwierigkeiten beim Aufklärungsgespräch.

Neben der allgemein quantitativen Erfassung des Aufklärungsverhaltens entwickelten wir ein konkretes Fallbeispiel eines leukämiekranken Patienten, der den behandelnden Arzt auf seine hoffnungslose Prognose

anspricht. Dabei konnte sich der Arzt für eine der folgenden vier Handlungsalternativen entscheiden: zum einen die Wahrheit gegenüber dem Patienten zu verleugnen, zum anderen die Bemerkung zu einem Aufklärungsgespräch zu nutzen, drittens die Verantwortung für die Aufklärung an die Ehefrau zu delegieren und viertens erst gar nicht auf die Bemerkung einzugehen.

Eine weitere Frage galt der allgemeinen Richtlinie für ärztliches Aufklärungsverhalten unheilbar kranken Patienten gegenüber. Angeregt durch die Untersuchung von Carey und Posavac (1979) erstellten wir vier mögliche Gesprächsstrategien.
In der ersten Antwortalternative, die wir selbst als die beste erachten, signalisiert der Arzt dem Patienten seine Bereitschaft zur Aufklärung verbal und/oder nonverbal und orientiert sein Aufklärungsgespräch an den Bedürfnissen des Patienten. Die zweite Alternative überläßt ganz dem Patienten die Initiative zur Eröffnung des Gesprächs. Die dritte Alternative richtet sich nur nach dem Gutdünken des Arztes unabhängig vom Informationsbedürfnis des Patienten und ermöglicht dem Arzt, sein Nicht-Aufklären vor sich zu rechtfertigen. Die vierte Alternative befürwortet ein Aufklären in jedem Fall und berücksichtigt zu wenig die Belange des einzelnen Patienten.

Zum Abschluß interessierte uns in den Fragen 14 und 15 (siehe Tabelle 9) das emotionale Befinden des Arztes beim Umgang mit unheilbar kranken Patienten (Frage 15 lehnte sich an eine Untersuchung von Koch und Schmeling 1982, S. 108 an). Zu jeder Frage lagen dem beantwortenden Arzt drei Aussagen vor, wobei er anhand von vier Abstufungen ("stimmt ganz genau", "stimmt ungefähr", "stimmt eher nicht", "stimmt überhaupt nicht") beurteilen sollte, inwieweit die einzelne Aussage für ihn persönlich zutraf.

Tabelle 9:	Fragen zum emotionalen Befinden des Arztes beim Umgang mit unheilbar kranken Patienten.
Frage 14:	"Was empfinden Sie, wenn Sie einen Hausbesuch bei einem Patienten machen, der an einer unheilbaren Krankheit leidet?"
	- Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch. - Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten. - Ich fühle mich unwohl dabei.
Frage 15:	"Inwieweit treffen folgende Probleme beim Aufklärungsgespräch mit einem unheilbar kranken Patienten auf Sie zu?"
	- Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren. - Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten. - Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen.

Zur Ausarbeitung des eigenen Frageninventars verwandten wir sehr viel Zeit und gingen in Fragenauswahl, Fragestellung und Formulierung äußerst sorgfältig vor. Es ist uns bewußt, daß wir den Aspekt des Aufklärungsverhaltens dennoch nicht vollständig erfassen konnten. Dies wäre Aufgabe einer Untersuchung, die sich ausschließlich mit dem Informationsverhalten des Arztes beschäftigt. Wir mußten uns auf einige zentrale Fragen beschränken, um den Umfang des Gesamtfragebogens noch im Rahmen des bei einer postalischen Befragung für niedergelassene Ärzte Zumutbaren zu halten.
Zur besseren statistischen Auswertbarkeit konnten wir auf vorgegebene Antwortalternativen nicht verzichten.

6.2.4 Zusammenstellung des Gesamtfragebogens

Die von uns selbst ausgearbeiteten Fragen stellten wir an den Anfang des gesamten Fragebogens. Es schloß sich die geringfügig veränderte Originalinstruktion von Hensle mit den 45 Items des Todesfurchtfragebogens an. Darauf folgten die Anweisung zum Semantischen Differential und die siebzehn Gegensatzpaare zum Wort "Tod" (Potthoff 1980). Als letztes sollte der IPC-Fragebogen von Krampen beantwortet werden. Wir fügten vor die Originalinstruktion von Krampen einen kurzen Absatz ein, worin wir zur Motivationssteigerung den antwortenden Arzt baten, trotz des bis dahin erforderlichen Zeitaufwandes auch die letzten Items zu bearbeiten.
Nach dem IPC-Fragebogen gaben wir dem Probanden auf der letzten Seite noch Gelegenheit, sich mit eigenen Worten zur Problematik des Umgangs mit unheilbar kranken Patienten zu äußern.
Abschließend stellen wir die Frage, ob der Untersuchungsteilnehmer eine Befragung wie diese für sinnvoll halte.

Der Gesamtfragebogen umfaßte insgesamt zwölf DIN A 4 Seiten (siehe Abschnitt 11.2 im Anhang), welche sechs doppelseitig bedruckte Blätter einnahmen. Der äußere Rand wurde jeweils für die Eintragungen zur Datenverarbeitung freigelassen. Die Vervielfältigung erfolgte im Offsetdruckverfahren.

6.3 Pretest

Im Rahmen einer Voruntersuchung wurden der Todesfurchtfragebogen, das Semantische Differential zum Wort "Tod" und der IPC-Fragebogen gegen Ende des Wintersemesters 1982/83 einer Stichprobe von 148 Medizinstudenten vorgelegt, um Verständlichkeit und Bearbeitungszeit der genannten Skalen zu überprüfen. Der Gesamtfragebogen wurde dann

noch an acht niedergelassene Ärzte im Heilbronner Raum verteilt, die nach Ausfüllen des Fragebogens um eine kritische Einschätzung desselben gebeten wurden. Auch der Kommentar dieser Probanden ging in die Endredaktion des Fragebogens ein.

6.4 Versendung der Fragebögen

Die 2200 Adressen der niedergelassenen Allgemeinärzte, Praktischen Ärzte und Internisten erhielten wir über die Kassenärztlichen Vereinigungen von Koblenz, Pfalz, Rheinhessen und Trier.
Wegen einer parallel zu unserer Untersuchung durchgeführten weiteren Befragung stand uns nur jede zweite dieser Adressen zur Verfügung, womit unser Untersuchungskollektiv aus 1100 Ärzten bestand. Darunter waren 246 Internisten und 854 Allgemein- bzw. Praktische Ärzte. Entsprechend den Empfehlungen von Friedrichs (1982) und Holm (1982) legten wir unserem Fragebogen zur Motivationssteigerung ein Anschreiben bei (siehe Abschnitt 11.1 im Anhang). Wir wiesen darauf hin, daß wir an den Ansichten und Verhaltensweisen insbesondere der niedergelassenen Ärzte interessiert seien, weswegen uns die Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes Rheinland-Pfalz die Adressen zur Verfügung gestellt hätten. Als Anreiz zur Teilnahme versprachen wir die Veröffentlichung unserer Ergebnisse im Rheinland-pfälzischen Ärzteblatt. Zur Erhöhung der Rückkunftquote legten wir außerdem einen adressierten DIN A 5 Freiumschlag bei, der mit dem Stempel "Porto zahlt Empfänger" versehen war.

Als Absendetermin bestimmten wir einen Samstag, so daß die Ärzte vermutlich an einem Montag im Besitz unseres Fragebogens waren. Der Montag schien als Eingangstermin besonders günstig, da wir nach Gesprächen mit niedergelassenen Ärzten erfahren hatten, daß an diesem Tag die geringste Anzahl an Briefen in der Praxis eintreffe.

Achtzehn Tage nach diesem Termin versandten wir ein Erinnerungsschreiben (siehe Abschnitt 11.3 im Anhang) zur weiteren Erhöhung der Rücklaufquote. Diesmal richteten wir es so ein, daß das Erinnerungsschreiben möglichst an einem Freitag in der Praxis eintraf, in der Hoffnung, daß die Ärzte das freie Wochenende zur Bearbeitung des Fragebogens nützen würden. Im Erinnerungsschreiben wiesen wir nochmals darauf hin, wie wichtig jeder einzelne Teilnehmer für uns sei.

6.5 Statistische Auswertung

Nach Eingang der Fragebögen wurde das Datenmaterial auf Lochkarten übertragen und im Rechenzentrum der Universität Mainz auf einer Honeywell Bull 66/80 mit dem statistischen Programmpaket SPSS verrechnet.

6.5.1 Faktorenanalyse

Bei dem Todesfurchtfragebogen nach Hensle, dem Semantischen Differential zum Wort "Tod" nach Potthoff und dem IPC-Fragebogen zur Erfassung von Kontrollüberzeugungen nach Krampen handelt es sich um Testskalen, die zum Teil sehr wenig praktisch erprobt worden waren (siehe Abschnitt 6.2.1 und 6.2.2) und deren Faktorenstruktur daher anhand der uns vorliegenden Antworten erneut überprüft werden mußte. Hierzu führten wir erneut Faktorenanalysen durch. "Mit der Faktorenanalyse (FA) wird versucht, die Vielfalt der psychologischen Variablen auf wenige "primäre Variablen" (d.h. Faktoren) zurückzuführen" (Benesch 1987, S. 73). Als Verfahren der Deskriptiven Statistik hilft die Faktorenanalyse, einzelne Items zusammenzufassen und die Vielzahl der ursprünglichen Einzelitems zu einzelnen Faktoren (Dimensionen) zusammenzufassen, z.B. innerhalb einer Todesfurchtskala diejenigen Items, die eher Beschäftigung mit dem Tod messen, von denjenigen zu trennen, die Todesfurcht im engeren Sinn beinhalten. Die so gewonnenen

Einzelfaktoren, die sich aus den dazugehörigen Items zusammensetzen, werden dann als Variablen aufgefaßt und als solche weiterverrechnet (siehe Abschnitt 6.5.2.2 Varianzanalyse, Abschnitt 6.5.2.3 t-Test, Abschnitt 6.5.2.4 Pearson-Korrelation). Im folgenden seien die Ergebnisse der Faktorenanalyse, die wir anhand des uns vorliegenden Datenmaterials erhielten, kurz beschrieben (zur ausführlichen Vorgehensweise siehe Abschnitt 11.5 im Anhang).

6.5.1.1 Todesfurchtfragebogen nach Hensle

Wir unterzogen unsere Ergebnisse, dem Beispiel von Hensle folgend, einer Faktorenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation. Wie auch Hensle berechneten wir Zwei- bis Zehn-Faktoren-Lösungen, wobei wir möglichst eine Sechs-Faktoren-Lösung reproduzieren wollten (siehe Abschnitt 6.2.1, Tabelle 6).

Im Vergleich der errechneten Faktorenanalysen entschieden wir uns für die Fünf-Faktoren-Lösung, bei der nur wenige Items aufgrund zu geringer Ladung entfallen mußten, in der nur eine geringe Anzahl von auf mehreren Faktoren ladenden Items zu finden waren und deren Faktorenstruktur den Hensle-Skalen am besten entsprach (siehe Abschnitt 11.5.1 im Anhang).

Da die so gewonnenen Faktoren nur ungenau den ursprünglichen Skalen von Hensle entsprachen, mußten wir teilweise eine neue Benennung dieser Faktoren vornehmen. Die Tabelle 10 enthält die Benennung der fünf Faktoren (zu den jeweils darin enthaltenen Items siehe Tabelle 84 im Anhang).

Tabelle 10:	Benennung der Faktoren der Todesfurchtskala aufgrund der Fünf-Faktoren-Lösung.
Faktor 1:	Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes (einschließlich Fehlen akzeptierender Einstellung zu Tod und Endlichkeit des Daseins) (Items aus den Hensle-Subskalen A1 bis A4)
Faktor 2:	Beschäftigung mit dem Tod (entspricht weitgehend Hensle-Skala B)
Faktor 3:	Jenseitsglauben (entspricht Hensle-Skala C)
Faktor 4:	Affektive Abwehr und Ablehnung des Todes (die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren) (entspricht ungefähr Hensle-Subskala A1)
Faktor 5:	Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen (vor allem Items aus Hensle-Subskala A4)

6.5.1.2 Semantisches Differential nach Potthoff

Auch mit den anhand des Semantischen Differentials gewonnenen Daten führten wir eine Faktorenanalyse durch. Bereits Potthoff hatte in seiner Studie eine Faktorenanalyse angefertigt, diese aber nicht weiter verfolgt, da sich nur ein Faktor ergab (Potthoff 1980, S. 72). Mit Hilfe einer Varimax-Rotation berechneten wir eine Zwei- und eine Drei-Faktoren-Lösung. Bei der Durchsicht der Faktorenlösungen (siehe Abschnitt 11.5.2 im Anhang) ergab sich lediglich <u>ein</u> Faktor mit zehn Items. Jedes der auf diesem Faktor stark ladenden Items enthielt eher

gefühlsbetonte Wertungen (z.B. "süß", "friedlich", "schön", "sanft", siehe Tabelle 89 im Anhang). Der Faktor diente uns zur Beschreibung der emotionalen Wertung des Todes.

6.5.1.3 IPC-Fragebogen nach Krampen

Krampen hatte bei der Entwicklung seiner drei Skalen (IPC) eine Vier-Faktoren-Analyse durchgeführt. In der Auswertung wurden nur die ersten drei Faktoren berücksichtigt. Bei der von uns durchgeführten Überprüfung der Faktorenverteilung errechneten wir eine Zwei-, Drei- und Vier-Faktoren-Lösung.

Die uns vorliegenden Faktorenlösungen rechtfertigten die Unterscheidung der Skala der externalen Kontrollüberzeugungen in zwei Subskalen "powerful others external control" (P) und "chance control" (C) nicht (siehe Abschnitt 11.5.3), weswegen wir die angestrebten Korrelationsberechnungen mit der Skala der internalen Kontrolle (8 Items) und nur mit einer Skala der externalen Kontrolle (16 Items) durchführten.

6.5.2 Berechnung bestehender Zusammenhänge

Bei den durch unser eigenes Frageninventar erfaßten Daten handelte es sich um nicht-lineare Größen. Sie wurden deswegen statistisch als qualitative Variablen verarbeitet, obwohl sich darunter auch Zahlenangaben (z.B. Größe der Gemeinde, Niederlassungsdauer) und Häufigkeitsangaben (z.B. "häufig", "selten", "nie") befanden.

Die fünf erstellten Faktoren der Todesfurcht, das Semantische Differential und die Skalen der externalen und internalen Kontrollüberzeugungen wurden wie quantitative Variablen behandelt, da sich aus der Addition der Punktzahlen der Items jeweils lineare Größen für die Einzelskalen ergaben. Somit wurden unterschiedliche methodische Zugänge zur Berechnung bestehender Zusammenhänge erforderlich.

6.5.2.1 Kontingenzanalyse

Bei der Bestimmung der Zusammenhänge innerhalb des eigenen Fragen-inventars (siehe Abschnitt 7.3) handelte es sich um den Vergleich von jeweils zwei qualitativen Variablen (z.B. Fachrichtung und Schwierigkeit, beim Aufklärungsgespräch Anteilnahme zu zeigen); wir erstellten deshalb Kontingenztafeln (siehe Abbildung 1) und berechneten den jeweiligen Kontingenzkoeffizienten (CC) und die dazugehörige Signifikanz (siehe Clauß und Ebner 1982, S. 267ff bzw. S. 280ff).

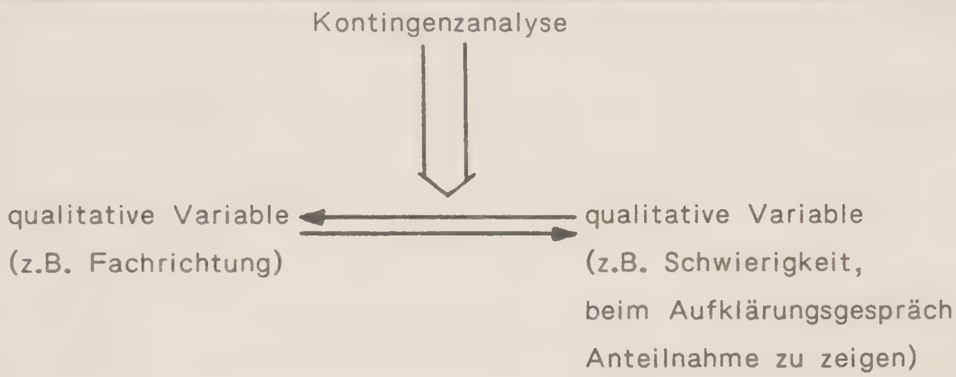


Abbildung 1: Kontingenzanalyse als statistisches Verfahren zum Nachweis eines Zusammenhangs zwischen zwei qualitativen Variablen.

6.5.2.2 Varianzanalyse

Um Zusammenhänge zwischen den Daten aus dem eigenen Frageninventar (= qualitative Variablen), z.B. Fachrichtung, und den jeweiligen Fragebogenskalen (= quantitativen Variablen), z.B. F1: Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes, zu berechnen, führten wir Varianzanalysen durch (Abb. 2). Dabei wurden für die jeweiligen qualitativen Variablen die Zellenmittelwerte der einzelnen Skalen errechnet (siehe Abschnitt 7.4). Ferner wurden die jeweiligen Signifikanzkoeffizienten der so erstellten Varianzanalysen bestimmt (Clauß und Ebner 1982, S. 303ff).

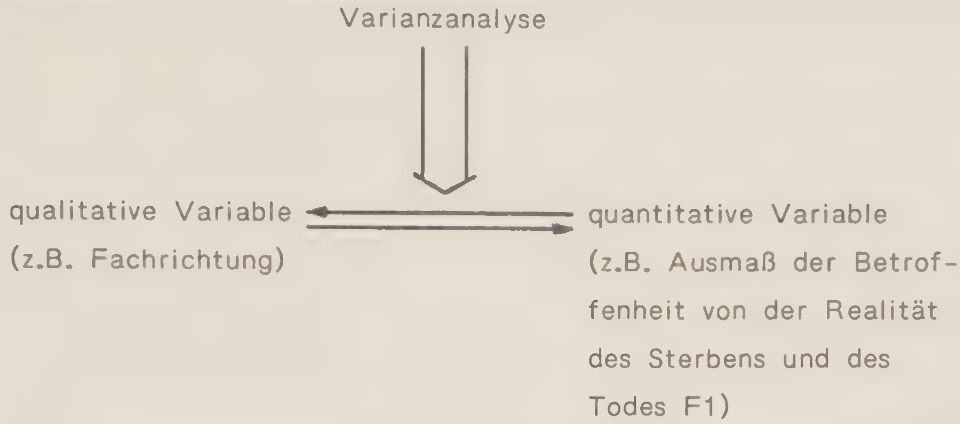


Abbildung 2: Varianzanalyse als statistisches Verfahren zum Nachweis eines Zusammenhangs zwischen einer qualitativen und einer quantitativen Variablen.

6.5.2.3 t-Test

Die Fragen nach der Art der Ausbildung zum Umgang mit unheilbar kranken Patienten (Frage 4) und nach der Wahl der Faktoren, die für Aufklärung sprechen (Frage 10), gaben den Respondenten die Möglichkeit von Mehrfachankreuzungen. Dabei wurden die verschiedenen Antworten zu jeder der beiden Fragen getrennt betrachtet und als dichotome Variablen behandelt. So unterschieden wir z.B. Ärzte, die an praxisorientierten Ausbildungskursen teilnahmen, von solchen, die nicht daran teilnahmen. Die so entstehenden Paare von Gruppen, die sich jeweils durch ein Merkmal (z.B. Teilnahme, Nicht-Teilnahme) unterschieden, wurden dann mit Hilfe von t-Tests (siehe Clauß und Ebner 1982, S. 240ff) auf Unterschiede in der Beantwortung der Testskalen (Todesfurcht, Semantisches Differential, IPC) überprüft (Abb. 3, siehe auch Abschnitt 7.5).

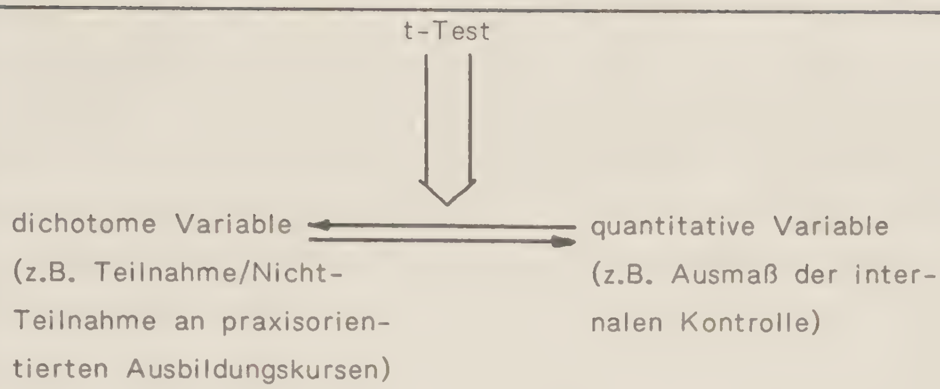


Abbildung 3: t-Test als statistisches Verfahren zum Nachweis eines Zusammenhangs zwischen einer dichotomen Variablen und einer quantitativen Variablen.

6.5.2.4 Pearson-Korrelation

Um Zusammenhänge zwischen den einzelnen Testskalen (z.B. Todesfurcht und internale bzw. externale Kontrollüberzeugung) zu bestimmen, wurden die entsprechenden Skalen als quantitative Variablen Korrelationsanalysen nach Pearson unterzogen (Abb. 4). Dabei wurden die jeweiligen Korrelationskoeffizienten (=r) und Signifikanzen berechnet (siehe Abschnitt 7.6).

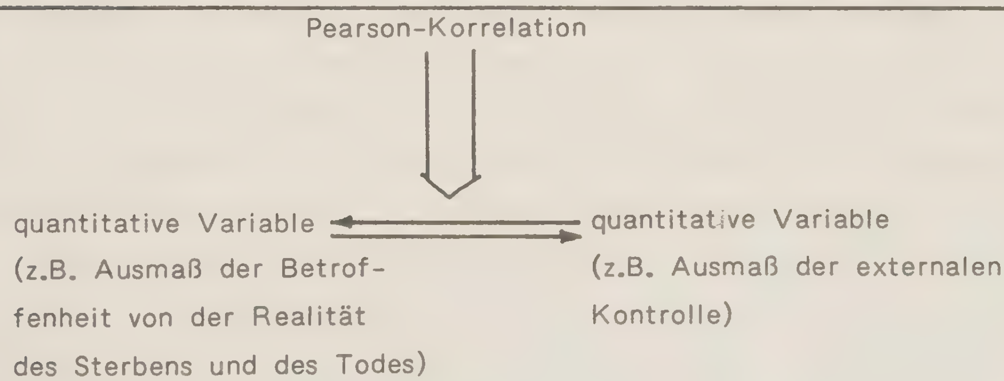


Abbildung 4: Pearson-Korrelation als statistisches Verfahren zum Nachweis eines Zusammenhangs zwischen zwei qualitativen Variablen.

6.5.3 Der Signifikanztest nach Bonferroni-Holm

Wie aufgezeigt, wurden eine erhebliche Anzahl von Zusammenhangsberechnungen mit Hilfe von Kontingenztafeln, Varianzanalysen, t-Tests und Korrelationsanalysen nach Pearson durchgeführt, womit wir eine Fülle von Einzelergebnissen erhielten. Wir setzten ein hohes Signifikanzniveau von $p \leqq 0{,}01$ fest, d.h. eine Irrtumswahrscheinlichkeit von höchstens einem Prozent.

Würden wir aber beispielsweise zehn Ergebnisse mit einem Signifikanzniveau von je genau einem Prozent erhalten, so ergäbe sich aus der Addition der jeweiligen Irrtumswahrscheinlichkeiten eine zehnprozentige Wahrscheinlichkeit, daß unter den zehn beschriebenen Ergebnissen eines falsch signifikant ist. Bei hundert Ergebnissen mit einem Signifikanzniveau von $p = 0{,}01$ bestünde eine hundertprozentige Wahrscheinlichkeit, daß eines der erhaltenen Ergebnisse falsch signifikant ist.

Um zu verhindern, daß gerade die uns am stärksten interessierenden Zusammenhänge (siehe Hypothesen in Kapitel 5) falsch signifikant sind, planten wir, diese einem speziellen Prüfverfahren, dem Signifikanztest (α - Adjustage) nach Bonferroni-Holm (Sonnemann 1982) zu unterziehen).

So legten wir bereits vor Beginn unserer Auswertung fest, welche Ergebnisse im einzelnen anhand des Bonferroni-Holm-Tests überprüft werden sollten. Wie in Kapitel 5 beschrieben, erschienen uns vor allem die Korrelationen zwischen den Faktoren der Todesfurcht und den Kontrollüberzeugungen von großer Wichtigkeit. Darüber hinaus galt es, die Beziehungen zwischen der Todesfurcht und dem ärztlichen Handeln, d.h. der Häufigkeit des Aufklärens über die Prognose und des unbeabsichtigten Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs zu ermitteln. Berücksichtigen wir die Gesamttodesfurcht sowie die Faktoren F1, F2, F4 und F5 in ihrer Beziehung zu internaler und externaler Kontrolle, sowie den Zusammenhang des Faktors F4 ("affektive Abwehr und Ablehnung des Todes") mit der Häufigkeit des Aufklärens über die Prognose und

des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs, so ergeben sich 12 anhand des Signifikanztests nach Bonferroni-Holm zu überprüfende Zusammenhänge (siehe Tabelle 81 im Abschnitt 7.7, S. 143).

Nur diejenigen Ergebnisse, welche dem Bonferroni-Holm-Verfahren unterzogen wurden und diesem standhielten, wurden am Ende der Untersuchung als signifikante Ergebnisse bezeichnet. Die Vielzahl anderer uns interessierenden statistischen Zusammenhänge aus den Kontingenztafeln, Varianzanalysen, t-Tests und Korrelationsanalysen nach Pearson, die in Kapitel 7 dargestellt werden, können daher nicht als signifikante Ergebnisse besprochen werden. Aus den so durchgeführten statistischen Tests erhalten wir Signifikanzangaben im <u>deskriptiven</u> Sinne. Bei der Darstellung dieser Ergebnisse sprechen wir deshalb bei $p \leq 0{,}01$ nicht von sehr signifikanten, sondern von sehr <u>deutlichen</u> bzw. sehr <u>auffälligen</u> Unterschieden bzw. Zusammenhängen.

7. Ergebnisse

Die beschriebene methodische Vorgehensweise (Kapitel 6) führte zu einer großen Anzahl von einzelnen Ergebnissen, die - zur besseren Übersichtlichkeit - gegliedert nach dem angewandten statistischen Verfahren aufgeführt werden.

7.1 Rücklaufquote

Bis zum 31. Dezember 1983 gingen bei uns 506 ausgefüllte Fragebögen ein. Bei einer Anzahl von 1100 angeschriebenen Ärzten entspricht dies einer Rücklaufquote von 46 % (Abbildung 5).

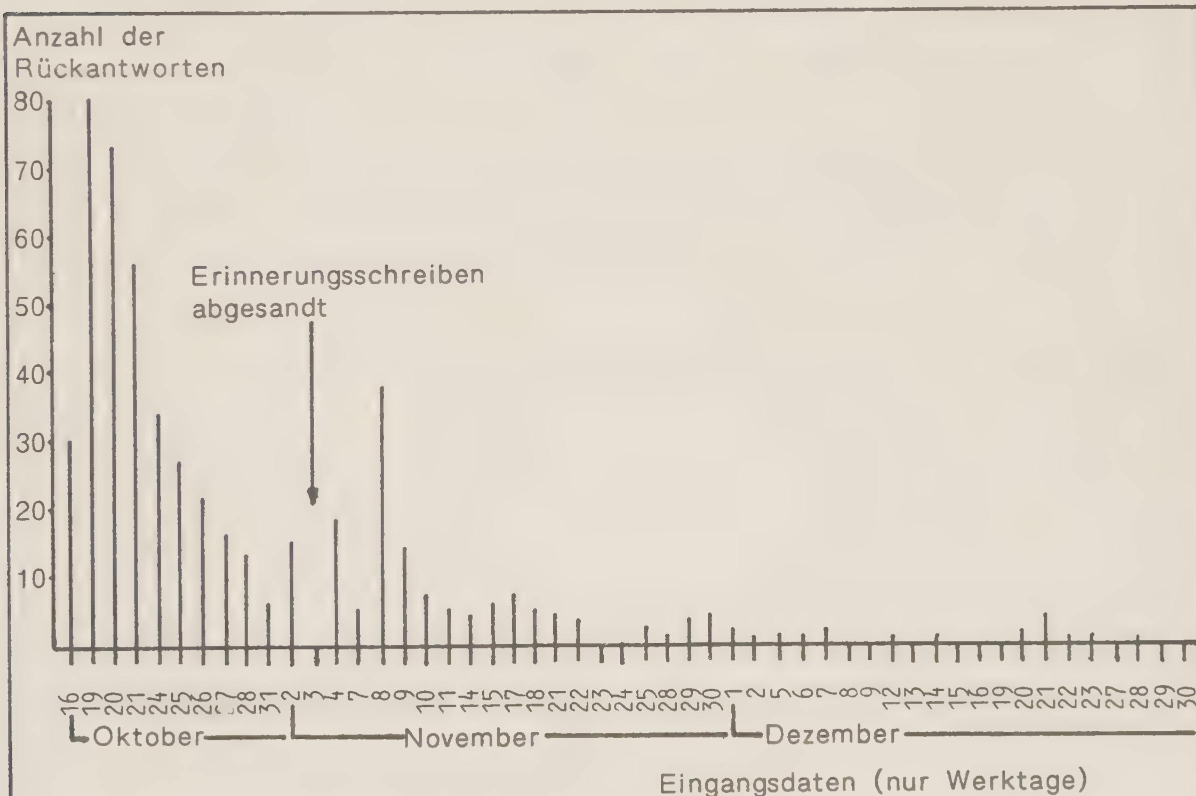


Abbildung 5: Verlauf der Fragebogenrücksendung vom 18. Oktober 1983 bis 31. Dezember 1983.

Auf der Abbildung 6 sehen wir deutlich, daß die Rücklaufquote ihr Maximum bereits zwei Tage nach dem voraussichtlichen Eintreffen des Fragebogens beim niedergelassenen Arzt erreicht hatte und dann stetig abfiel, um auf einen erneuten Gipfel nach Eintreffen des Erinnerungsschreibens anzusteigen. Danach wurde die Rücklaufquote bis zum Jahresende immer geringer bis nur noch vereinzelte Schreiben eingingen. Nach Ablauf des Jahres 1983 erreichten uns nur noch fünf ausgefüllte Fragebögen, die nicht mehr in unsere Untersuchung mitaufgenommen werden konnten.

7.2 Häufigkeiten

7.2.1 Soziodemographische Daten

Unser Beantworterkollektiv setzte sich aus 91 Ärztinnen und 412 Ärzten zusammen, was einem Frauenanteil von 18 % unter den antwortenden Ärzten entspricht. Bei drei Antwortbögen fehlten Angaben zum Geschlecht (Abbildung 6).
(Der Frauenanteil der insgesamt angeschriebenen Ärzteschaft ließ sich nicht ermitteln, da das Geschlecht wegen der meist abgekürzten Vornamen aus den Adressen nicht hervorging.)

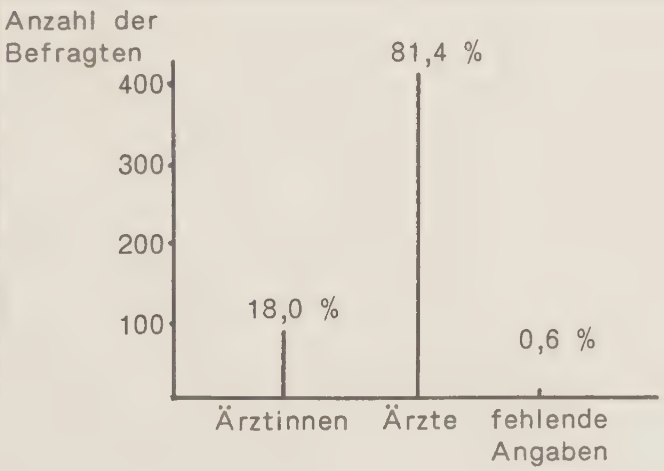


Abbildung 6: Geschlechtsverteilung der antwortenden Ärzte.

Bezüglich der Fachrichtungen fanden wir im Probandenkollektiv etwa zur Hälfte Allgemeinärzte und zu gleichen Teilen Praktische Ärzte und Internisten (Abbildung 7).

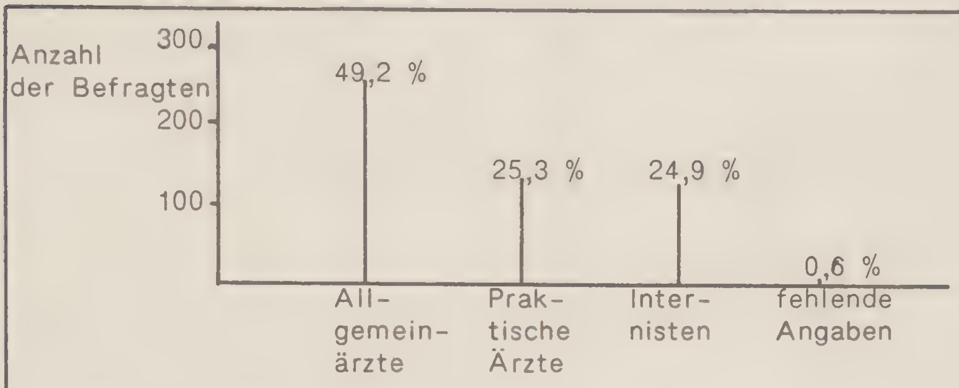


Abbildung 7: Fachrichtungen der antwortenden Ärzte.

Betrachtet man die Antwortenden nach der Größe der Gemeinde, in der sie praktizierten, so waren 36,4 % - und damit die Mehrzahl - in Gemeinden bis 5.000 Einwohnern tätig. 31,4 % hatten ihre Praxis in Gemeinden mit Einwohnerzahlen zwischen 5.000 und 20.000. In Kleinstädten mit Einwohnerzahlen zwischen 20.000 und 100.000 waren 19,2 % niedergelassen. Nur 12,6 % übten ihren Beruf in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern aus (Abbildung 8). Die Zahl der "Landärzte" überwog somit.

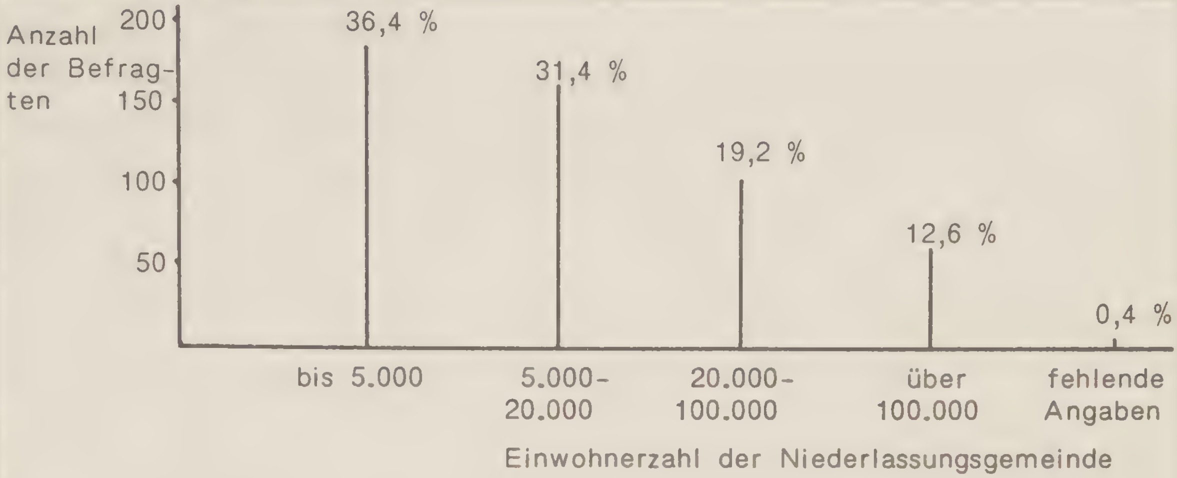


Abbildung 8: Verteilung der antwortenden Ärzte nach der Größe ihrer Niederlassungsgemeinde.

Hinsichtlich der Niederlassungsdauer ergab sich folgendes Bild (Abbildung 9):

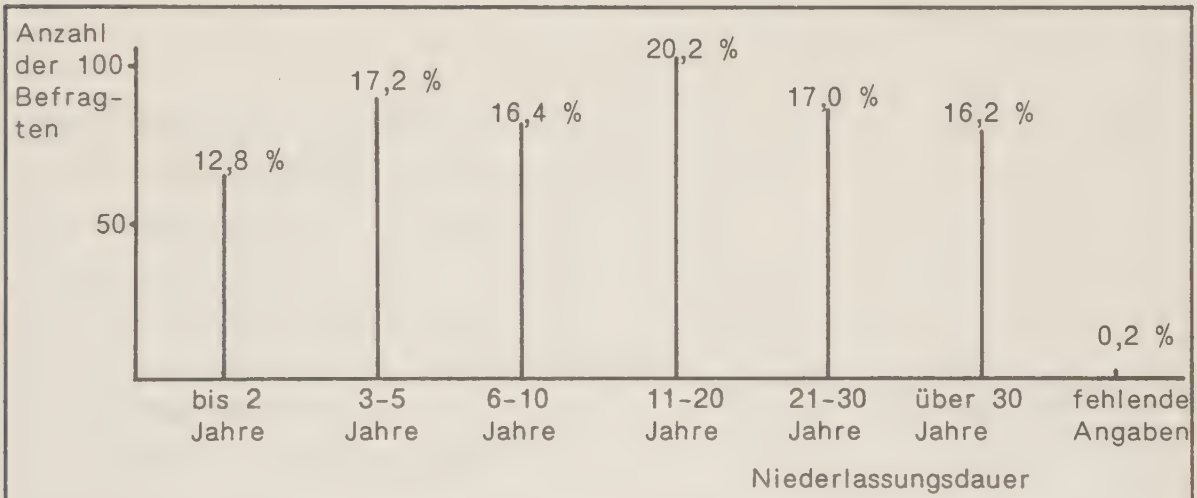


Abbildung 9: Verteilung der antwortenden Ärzte hinsichtlich ihrer Niederlassungsdauer.

Fassen wir die Ärzte zusammen, die bis zu 2 Jahren, 3 bis 5 Jahre und 6 bis 10 Jahre niedergelassen waren, finden wir, daß 46,4 % der antwortenden Ärzte, d.h. in etwa die Hälfte der Stichprobe, erst bis zu zehn Jahre in freier Praxis tätig waren.

7.2.2 Ausbildung zum Umgang mit unheilbar kranken Patienten

Aus Tabelle 11 ersehen wir, wodurch die Befragten Kenntnisse und Fertigkeiten für den Umgang mit unheilbar Kranken erwerben konnten.

Tabelle 11: Genutzte Möglichkeiten zum Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten für den Umgang mit unheilbar kranken Patienten.

Vorgegebene Antwortmöglichkeiten	prozentuale Häufigkeiten (%)
eigene Erfahrung mit Unheilbaren	95,7
Lektüre von Fachbüchern und Fachzeitschriften	55,3
Erfahrungsaustausch mit Kollegen	37,9
Vorbild von Kollegen	27,3
theoretische Fortbildungsseminare	16,8
Vorlesungen oder Praktika im Medizinstudium	12,6
anderweitige Möglichkeiten	12,1
praxisorientierte Ausbildungskurse	8,9
Balintgruppen	5,5

Fast alle Ärzte nannten dabei die eigene Erfahrung mit unheilbar kranken Patienten. Mit einigem Abstand folgten dann die Lektüre von Fachbüchern und Fachzeitschriften, Erfahrungsaustausch mit Kollegen, Vorbild von Kollegen etc.

Unter der Rubrik "anderweitige Möglichkeiten", unter der die Ärzte andere von ihnen genutzte Möglichkeiten zum Erlernen des Umgangs mit unheilbaren Patienten angeben konnten, fanden wir in erster Linie Antworten wie z.B. "Beschäftigung mit Religion, Philosophie", "Todesfälle in der eigenen Familie", "Gespräche mit Theologen", "eigene onkologische Erfahrung", "lange Klinikserfahrung" und "psychotherapeutische Ausbildung".

7.2.3 Sprechen über den Tod

Nur wenige der Ärzte gaben an, nie oder fast nie über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben mit ihnen vertrauten Personen zu sprechen. Fast zwei Drittel der Befragten (63,4 %) erklärten dagegen, gelegentlich über die genannte Problematik Gespräche zu führen, 25,9 % sprechen oft darüber (Tabelle 12).

Tabelle 12: Häufigkeit des Sprechens über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben mit vertrauten Personen.

Häufigkeit des Sprechens über Tod und Sterben	prozentuale Häufigkeit (%)
"nie"	1,8
"fast nie"	8,9
"gelegentlich"	63,4
"oft"	25,9

7.2.4 Anzahl unheilbar Kranker im letzten Quartal

In dem der Befragung vorangegangenen Quartal hatten 18,0 % der Ärzte nur bis zu zwei unheilbar kranke Patienten betreut. Bei 56,5 % der Ärzte - und damit der überwiegenden Mehrzahl - waren es drei bis sechs Patienten, bei 15,8 % der Ärzte sieben bis zehn Patienten. Nur 9,5 % der Befragten gaben an, im letzten Quartal mehr als zehn unheilbare Patienten betreut zu haben (Tabelle 13).

Tabelle 13: Anzahl der behandelten unheilbar kranken Patienten im vorangegangenen Quartal.

Anzahl unheilbar kranker Patienten	prozentuale Häufigkeit (%)
bis zu 2 Patienten	18,0
3-6 Patienten	56,5
7-10 Patienten	15,8
mehr als 10 Patienten	9,5
fehlende Angaben	0,2

7.2.5 Informationsverhalten des Arztes

7.2.5.1 Aufklärungshäufigkeiten

Unser Hauptinteresse galt der Häufigkeit, mit der die niedergelassenen Ärzte ihre unheilbaren Patienten über deren Diagnose bzw. Prognose aufklären (Tabelle 14).

Tabelle 14: Häufigkeit der Aufklärung eines unheilbar kranken Patienten über dessen Diagnose bzw. Prognose.

Häufigkeit der Aufklärung	prozentuale Häufigkeit der Aufklärung über die Diagnose (%)	prozentuale Häufigkeit der Aufklärung über die Prognose (%)
"nie"	7,3	13,4
"selten"	37,7	48,6
"häufig"	44,5	32,2
"immer"	9,3	5,1
fehlende Angaben	1,2	0,6

Es war auffällig, daß 53,8 % der Ärzte nach eigener Einschätzung häufig oder immer über die Diagnose aufklären, dies bezüglich der Prognose allerdings nur 37,3 % der Ärzte tun. Die unheilbar kranken Patienten werden somit häufiger über ihre Diagnose als über die Prognose ihrer Erkrankung aufgeklärt (Abbildung 10).

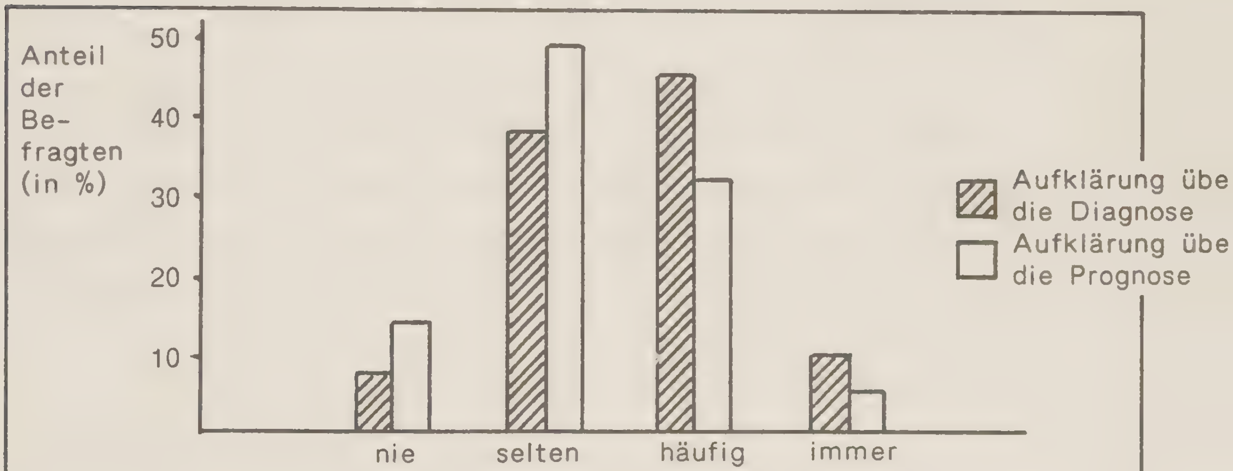


Abbildung 10: Aufklärungshäufigkeit über Diagnose bzw. Prognose.

Betrachtet man nun im Vergleich dazu die Häufigkeit, mit der die Angehörigen über die Prognose des Kranken aufgeklärt werden, so finden wir hier, daß dies zu 98,3 % häufig oder immer stattfindet. Eine Aufklärung über den Betroffenen hinweg, die aus juristischer Sicht eigentlich nicht zulässig ist, scheint somit die Regel zu sein (Tabelle 15).

Tabelle 15: Häufigkeit der Aufklärung der Angehörigen eines unheilbar Kranken über dessen Prognose.

Häufigkeit der Aufklärung der Angehörigen	prozentuale Häufigkeit (%)
"nie"	0,2
"selten"	1,0
"häufig"	10,9
"immer"	87,4
fehlende Angaben	0,6

Bei der Frage nach der Häufigkeit des unbeabsichtigten Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs antworteten 59,9 % der Ärzte mit "nie" oder "selten", 36,7 % mit "häufig" oder "immer". Die Zahl der fehlenden Angaben ("missing data") war mit 3,4 % (17 Ärzte) hier relativ hoch (Tabelle 16). Indem 36,7 % der Befragten, d.h. mehr als ein Drittel der antwortenden Ärzte äußerten, ein Aufklärungsgespräch immer oder häufig länger als beabsichtigt hinauszuzögern, gaben sie eigene emotionale Schwierigkeiten bei einem solchen Gespräch zu erkennen.

Tabelle 16: Häufigkeit des unbeabsichtigten Hinauszögerns eines Aufklärungsgespräches über die Prognose des Patienten.

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	prozentuale Häufigkeit (%)
"nie"	10,9
"selten"	49,0
"häufig"	31,6
"immer"	5,1
fehlende Angaben	3,4

7.2.5.2 Faktoren, die für die Aufklärung eines unheilbar kranken Patienten sprechen

Bei der Frage nach den Kriterien, die für die Aufklärung eines unheilbaren Patienten sprechen, wichen die Antworten unseres Probandenkollektivs teilweise deutlich von den Ergebnissen einer vergleichbaren amerikanischen Publikation (Carey und Posavac 1978/79) ab (Tabelle 17).

Tabelle 17: Häufigkeit des Befürwortens nachfolgend genannter Patientenmerkmale als Kriterium für deren Aufklärung über ihre hoffnungslose Prognose. Gegenübergestellt sind die Ergebnisse einer amerikanischen Untersuchung von Carey und Posavac (1978/79).

Merkmale eines unheilbar kranken Patienten	prozentuale Häufigkeit der Befürwortung als Kriterium für Aufklärung		Bezeichnung der Merkmale bei Carey und Posavac
	1983 (%)	1978 (%)	
emotionale Stabilität	47,8	71,0	"emotional stability"
kurze Lebenserwartung	15,8	29,0	"length of life"
Wunsch nach Aufklärung	78,7		(fehlt bei Carey und Posava
fortgeschrittenes Alter	10,1	31,0	"advanced age"
emotionale Unterstützung durch Familie od. Freunde	41,1	33,0	"emotional support from family"
jugendliches Alter	5,1	44,0	"youth"
religiöse Bindung	44,5	13,0	"depth of religious faith"

Das von uns hinzugefügte Kriterium des Wunsches des Patienten nach Aufklärung ergab den mit 78,7 % am häufigsten gewählten Faktor für die Aufklärung eines unheilbaren Patienten.
Das Kriterium des jugendlichen bzw. fortgeschrittenen Alters wurde von den deutschen und amerikanischen Ärzten unterschiedlich bewertet. Während amerikanische Ärzte jugendliches Alter zu 44 % und hohes Alter zu 31 % als Kriterium für die Aufklärung ansahen, erachteten die Ärzte unseres Untersuchungskollektivs das Alter eines Patienten kaum als relevantes Kriterium für dessen Aufklärung.

7.2.5.3 Fallbeispiel

In unserem Fallbeispiel wurde ein fünfzigjähriger Chemiker beschrieben, der an einer chronisch-myeloischen Leukämie im Endstadium leidet. Auf Wunsch seiner Frau wurde er noch nicht aufgeklärt und spricht während eines Hausbesuchs seinen Arzt darauf an, daß er wohl sehr bald werde sterben müssen. Auf die Frage, wie sie anstelle des Hausarztes reagieren würden, entschieden sich 77,7 % der Ärzte für eine Aufklärung des Patienten, immerhin 15,8 % der Ärzte würden die Todesahnung des Patienten bestreiten, nur 3,8 % würden über die Bemerkung des Patienten hinweggehen und nur 1,8 % würden der Ehefrau die Aufklärung ihres Mannes nahelegen. Fünf Untersuchungsteilnehmer beantworteten diese Frage nicht. Auf die hier geschilderte Fallgeschichte reagierte somit die überwiegende Mehrzahl der Befragten mit Aufklärung (Tabelle 18).

Tabelle 18: Häufigkeit des gewählten Verhaltens im Fallbeispiel.

Verhaltensalternative im Fallbeispiel	prozentuale Häufigkeit (%)
"Auf die Bemerkung des Patienten eingehen und die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen."	77,7
"Die Äußerung des Patienten bestreiten, um ihm Mut für die Zukunft zu machen."	15,8
"Über die Bemerkung des Patienten hinweggehen und mit der Untersuchung fortfahren."	3,8
"Der Ehefrau nahelegen, sie solle dem Patienten doch bald die Wahrheit sagen."	1,8
fehlende Angaben	1,0

7.2.5.4 Richtlinie für ärztliches Verhalten beim Aufklärungsgespräch

Auf die Frage: "Welchen der folgenden Sätze würden Sie als beste Richtlinie für ärztliches Verhalten unheilbar kranken Patienten gegenüber gelten lassen?" entschieden sich 63,2 % der antwortenden Ärzte für die auch von uns favorisierte Alternative "Der Arzt sollte seine Bereitschaft zur Aufklärung über die Prognose signalisieren, die Aufklärung selbst aber davon abhängig machen, wie der Patient auf sein Gesprächsangebot reagiert".

Mit der Antwort "Der Arzt sollte nur dann den Patienten über dessen Prognose aufklären, wenn dieser ausdrücklich danach fragt" überließen 16,8 % der Ärzte die Initiative zum Aufklärungsgespräch allein dem Patienten.

Der autoritären Aussage "Der Arzt sollte nur dann den Patienten über dessen Prognose aufklären, wenn er es für richtig hält, unabhängig davon, ob dieser danach fragt" stimmten 17,8 % der Ärzte zu.

Nur 1,6 % entschlossen sich mit dem Satz "Der Arzt sollte den Patienten in jedem Fall über dessen Prognose aufklären, ohne zu warten, bis dieser danach fragt" zu bedingungsloser Aufklärung.

7.2.6 Emotionales Befinden beim Umgang mit dem unheilbar Kranken

Zur kurzen Übersicht führen wir in Tabelle 19 und 20 die einzelnen Items zum emotionalen Befinden beim Umgang mit unheilbar Kranken nacheinander auf und geben an, wieviel Prozent der Befragten jeweils der Aussage überhaupt nicht, eher nicht, ungefähr oder ganz genau zustimmten. Die Zahl der fehlenden Angaben ("missing data") ist bei diesen Fragen wesentlich höher als bei den vorangegangenen. Die Angaben zum emotionalen Befinden bereiteten den Ärzten offensichtlich Schwierigkeiten.

Tabelle 19 a-c: Angaben zum emotionalen Befinden beim Hausbesuch eines unheilbaren Patienten.

Items zum emotionalen Befinden	Grad der Zustimmung (prozentuale Häufigkeit)				
	stimmt ganz genau (%)	stimmt ungefähr (%)	stimmt eher nicht (%)	stimmt überhaupt nicht (%)	fehlende Angaben (%)
a) "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch."	5,9	16,2	30,0	34,6	13,2
b) "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten."	27,1	47,4	14,8	5,5	5,1
c) "Ich fühle mich unwohl dabei."	15,4	30,8	24,5	20,2	9,1

Tabelle 20 a-c: Angaben zum emotionalen Befinden beim Aufklärungsgespräch mit einem unheilbaren Patienten.

Items zum emotionalen Befinden	Grad der Zustimmung (prozentuale Häufigkeit)				
	stimmt ganz genau	stimmt unge-fähr	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht	fehlende Angaben
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
a) "Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren."	20,6	39,1	26,7	8,5	5,1
b) "Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten."	11,3	32,6	35,4	12,5	8,3
c) "Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen."	3,0	10,7	28,3	48,0	10,1

Zwei Drittel der Ärzte lehnten die Aussage "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch" ab. Fast drei Viertel gaben an, sich aufgrund langjähriger Erfahrung im Umgang mit dem unheilbaren Patienten sicher zu fühlen. Immerhin fühlt sich aber fast die Hälfte der Ärzte unwohl dabei. Schwierigkeiten, gefühlsmäßige Distanz zu wahren, empfinden 59,7 % der Befragten; Schwierigkeiten, aufkommende Gefühle zu verarbeiten, haben 43,9 %; nur 13,7 % fällt es schwer, Anteilnahme zu zeigen.

7.2.7 Einstellung zu unserer Untersuchung

65 % der Ärzte hielten unsere Untersuchung nach Beantwortung des Fragebogens für sinnvoll. 27,7 % sahen darin keinen Sinn. 7,3 % nahmen zu dieser Frage keine Stellung.

7.2.8 Items zur Todesfurcht

Die Häufigkeiten ("frequencies") zu den 45 Items des Todesfurchtfragebogens von Hensle sind im Anhang abgedruckt (siehe Abschnitt 11.4). Auffällig an ihnen erscheint die Tatsache, daß fast zwei Drittel aller Ärzte an irgendeine Form von Dasein nach dem Tod glauben (siehe Item 5). Etwa 25 % der Ärzte wüßten nicht, was sie einem sterbenden Freund sagen sollten (Item 10), aber nur 5 % gaben zu, daß sie Angst empfinden würden, wenn jemand, der im Sterben liegt, mit ihnen darüber spräche (Item 13). Es zeigt sich also ein deutlicher Unterschied zwischen dem Sterben im privaten Bereich ("ein Freund") und dem relativ routinierten beruflichen Umgehen mit Sterbenden, wobei keine Angst empfunden wird.

Das Item 33 ("Der Anblick eines Toten ist entsetzlich für mich") verneinten 96,6 % der antwortenden Ärzte. Als Hensle 1977 dieses Item Studenten aus verschiedenen Fachbereichen vorlegte, verneinten sie nur zu 77 % diese Aussage. Der deutliche Unterschied in der Beantwortung des Items ist eventuell dadurch bedingt, daß dem Mediziner der Anblick eines Toten eher vertraut ist, da er ihm häufiger ausgesetzt ist (z.B. im Anatomieunterricht, in der Klinik). Im Vergleich zur Untersuchung von Hensle ist weiterhin interessant, daß die Studenten das Item 32 ("Ich habe manchmal das Gefühl, daß mein Leben ohne Sinn ist") zu 48 % bejahten, während Ärzte dieser Aussage nur zu 16,6 % zustimmten.

7.3 Kontingenzanalysen zum Aufklärungsverhalten

Zur Erfassung interner Zusammenhänge unterzogen wir die ersten fünfzehn (eigenen) Fragen untereinander einer Kontingenzanalyse (siehe Abschnitt 6.5.2). Wir erstellten Kontingenztafeln und errechneten den jeweiligen Kontingenzkoeffizienten (CC) und die dazugehörige Signifikanz (p). Dabei berücksichtigten wir nur Ergebnisse mit einem Signifikanz-Niveau von unter einem Prozent ($p \leq 0{,}01$). Es handelt sich dabei um Signifikanzen im deskriptiven Sinne (siehe Abschnitt 6.5.3), weshalb wir nicht von sehr signifikanten, sondern von sehr auffälligen bzw. sehr deutlichen Ergebnissen sprechen.

Bei der nun folgenden Betrachtung stellen wir zunächst die Frage 4 (nach der ärztlichen Aus- und Weiterbildung) und die Frage 10 (nach den Faktoren, die für die Aufklärung eines unheilbar kranken Patienten sprechen) zurück, da diese sich wegen der möglichen Mehrfachankreuzungen der Berechnung eines Kontingenzkoeffizienten entziehen (siehe Abschnitt 7.3.5).

7.3.1 Geschlecht, Fachrichtung, Größe der Gemeinde, Niederlassungsdauer

Ärzte und Ärztinnen unterschieden sich bei der Beantwortung der Fragen zum Aufklärungsverhalten kaum voneinander. Lediglich die Aussage "Es fällt mir schwer, meine dabei (beim Gespräch mit dem unheilbaren Patienten) aufkommenden Gefühle zu verarbeiten" hielten Ärztinnen zu 24,4 % für zutreffend, Ärzte dagegen nur zu 9,7 % (p=0,0036/CC=0,17).

Auch zwischen den verschiedenen Fachrichtungen ergaben sich kaum Unterschiede. Einzig bei der Aussage "Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen" stimmten 20,1 % der Allgemeinärzte, jedoch nur 11,3 % der Praktischen Ärzte und 10,0 % der Internisten zu (p=0,0082/CC=0,19).

Hinsichtlich der Größe der Gemeinde, in der der einzelne Arzt praktiziert, ergaben sich keinerlei auffällige Unterschiede im Antwortmuster der Ärzte.

Ein deutlicher Zusammenhang fand sich zwischen der Niederlassungsdauer und der Wahl der Richtlinie ärztlichen Handelns unheilbar Kranken gegenüber (Tabelle 21).

Tabelle 21: Zusammenhang zwischen der Niederlassungsdauer und der Wahl der Richtlinie ärztlichen Handelns unheilbar Kranken gegenüber. (p=0,0033/CC=0,25)

Richtlinie ärztlichen Handelns	Dauer der Niederlassung der antwortenden Ärzte					
	bis 2 Jahre (%)	3-5 Jahre (%)	6-10 Jahre (%)	11-20 Jahre (%)	21-30 Jahre (%)	über 30 Jahre (%)
Aufklärungsbereitschaft signalisieren	78,5	75,9	60,2	64,7	58,8	46,3
nur aufklären, wenn Patient fragt	9,2	8,0	18,1	15,7	16,5	32,5
nur aufklären, wenn Arzt es für richtig hält	12,3	14,9	19,3	16,7	22,4	21,3
immer aufklären	0,0	1,1	2,4	2,9	2,4	0,0

Mit zunehmender Niederlassungsdauer sinkt die Zahl der Ärzte, die sich für die erste Richtlinie entscheiden, nach welcher der Arzt dem Patienten seine Aufklärungsbereitschaft signalisieren und die Aufklärung selbst von der Reaktion des Patienten abhängig machen soll.

Statt dessen nimmt mit der Niederlassungsdauer die Tendenz zu, nur nach ausdrücklichem Wunsch des Patienten oder sogar nach eigenem Gutdünken aufzuklären.

Weiterhin besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Niederlassungsdauer und dem Empfinden beim Umgang mit dem unheilbar kranken Patienten (Tabelle 22 und 23).

Tabelle 22: Zusammenhang zwischen der Niederlassungsdauer und dem emotionalen Befinden beim Hausbesuch eines unheilbaren Patienten bezüglich des Items "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Hausbesuch auch" (a) (p=0,0039/CC=0,27) und des Items "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten" (b) (p=0,0000/CC=0,39).

Zustimmung ("stimmt ungefähr" oder "stimmt ganz genau") zum Item:	Dauer der Niederlassung der antwortenden Ärzte					
	bis 2 Jahre (%)	3-5 Jahre (%)	6-10 Jahre (%)	11-20 Jahre (%)	21-30 Jahre (%)	über 30 Jahre (%)
a) "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Hausbesuch auch."	23,8	19,8	21,9	20,6	30,1	40,3
b) "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten."	46,9	71,5	74,7	88,3	90,2	92,1

Tabelle 23: Zusammenhang zwischen der Niederlassungsdauer und dem emotionalen Befinden beim Aufklärungsgespräch mit einem unheilbaren Patienten bezüglich des Items "Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten" (p=0,0006/CC=0,28).

Zustimmung ("stimmt ungefähr" oder "stimmt ganz genau") zum Item:	Dauer der Niederlassung der antwortenden Ärzte					
	bis 2 Jahre (%)	3-5 Jahre (%)	6-10 Jahre (%)	11-20 Jahre (%)	21-30 Jahre (%)	über 30 Jahre (%)
"Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten."	31,8	35,3	45,5	51,6	58,5	62,3

Mit längerer Niederlassungsdauer gaben die Ärzte häufiger an, daß sie sich beim Hausbesuch eines unheilbaren Patienten wie bei jedem anderen Hausbesuch und aufgrund langjähriger Erfahrung sicher fühlen (Tabelle 22). Andererseits fällt es Ärzten mit längerer Niederlassungsdauer in größerer Zahl schwer, ihre beim Gespräch mit einem unheilbaren Kranken aufkommenden Gefühle zu verarbeiten (Tabelle 23).

Zusammenfassend läßt sich somit sagen, daß ein mit der Dauer der Niederlassung zunehmend routiniertes und nach außen hin sicheres Umgehen mit dem unheilbar kranken Patienten kontrastiert wird durch konstant sich häufende Schwierigkeiten, die dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten. Bei den länger niedergelassenen Ärzten dürfte es sich in erster Linie um die älteren Ärzte handeln, die dem eigenen Tode näher stehen, was die Schwierigkeiten bei der Gefühlsverarbeitung erklären könnte.

7.3.2 Häufigkeit des Sprechens über den Tod

Auch für die Frage nach der Häufigkeit des Sprechens über Probleme des beruflichen Umgangs mit Tod und Sterben fanden sich einige interessante Zusammenhänge in der Kontingenzanalyse.
Ein sehr deutlicher Zusammenhang ergab sich zwischen häufigem Sprechen über den Tod und häufigem Aufklären über Diagnose bzw. Prognose (Tabelle 24).

Tabelle 24: Zusammenhang zwischen Häufigkeit des Sprechens über Tod und Sterben und der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose (p=0,0000/CC=0,27) bzw. Prognose (p=0,0036/CC=0,22).

"Sprechen Sie mit Ihnen vertrauten Personen über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben, wie sie bei Ihrer ärztlichen Tätigkeit auftreten?"	"häufig" oder "immer" Aufklärung über die Diagnose (%)	"häufig" oder "immer" Aufklärung über die Prognose (%)
"nie"	11,1	11,1
"fast nie"	34,1	29,5
"gelegentlich"	56,4	36,9
"oft"	59,3	43,8

Ärzte, die seltener über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben sprechen, zögern außerdem häufiger ein Aufklärungsgespräch länger als beabsichtigt hinaus (Tabelle 25).

Tabelle 25: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Sprechens über Tod und Sterben und der Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs (p=0,0003/CC=0,24).

Sprechen Sie mit Ihnen vertrauten Personen über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben, wie sie bei Ihrer ärztlichen Tätigkeit auftreten?"	"häufig" oder "immer" Hinauszögern eines Aufklärungsgesprächs (%)
"nie"	42,9
"fast nie"	39,0
"gelegentlich"	39,1
"oft"	34,2

Von unseren sechs Items zum emotionalen Befinden beim Umgang mit unheilbar kranken Patienten, ergaben drei Items einen deutlichen Zusammenhang mit der Häufigkeit des Sprechens über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben.
So fühlen sich Ärzte, die oft oder gelegentlich über den Tod sprechen, in geringerer Zahl unwohl beim Umgang mit sterbenden Patienten als Ärzte, die fast nie oder nie über den Tod sprechen.
Weiterhin gaben oft über den Tod sprechende Ärzte häufiger Schwierigkeiten an, gefühlsmäßige Distanz zu wahren.
Außerdem besteht ein Zusammenhang zwischen häufigem Sprechen über den Tod und geringeren Schwierigkeiten, Anteilnahme zu zeigen (Tabelle 26 und 27).

Tabelle 26: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Sprechens über Tod und Sterben und dem emotionalen Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken bezüglich des Items "Ich fühle mich unwohl dabei" (p=0,0099/CC=0,21).

"Sprechen Sie mit Ihnen vertrauten Personen über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben, wie sie bei Ihrer ärztlichen Tätigkeit auftreten?"	Zustimmung ("stimmt ungefähr"/ "stimmt ganz genau") zum Item: "Ich fühle mich unwohl dabei" (%)
"nie"	100,0
"fast nie"	61,9
"gelegentlich"	50,3
"oft"	44,1

Tabelle 27: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Sprechens über Tod und Sterben und dem emotionalen Befinden beim Aufklärungsgespräch mit einem unheilbar Kranken bezüglich des Items "Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren" (p=0,0014/CC=0,23) und des Items "Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen" (p=0,0000/CC=0,30).

"Sprechen Sie mit Ihnen vertrauten Personen über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben, wie sie bei Ihrer ärztlichen Tätigkeit auftreten?"	Zustimmung ("stimmt ungefähr"/ "stimmt ganz genau") zu den Items: "Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren" (%)	"Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen" (%)
"nie"	55,5	57,1
"fast nie"	63,4	22,5
"gelegentlich"	61,3	15,8
"oft"	66,4	9,0

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Häufigkeit, in der ein Arzt über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben spricht, einen entscheidenden Einfluß auf sein Informationsverhalten hat, sowohl bezüglich des aktionalen Bereichs (Aufklären über Diagnose und Prognose) als auch bezüglich des emotionalen Bereichs (z.B. unwohles Gefühl beim Umgang mit sterbenden Patienten).

7.3.3 Häufigkeit des Aufklärens

7.3.3.1 Aufklären über Diagnose und Prognose, Aufklären der Angehörigen, Hinauszögern des Aufklärungsgesprächs

Der deutlichste Zusammenhang ergab sich verständlicherweise zwischen der Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose und der Häufigkeit des Aufklärens über die Prognose.
So klären Ärzte, die ihre Patienten immer über die Diagnose aufklären, auch zu 34,0 % immer über die Prognose auf. Andererseits klären Ärzte, die ihre Patienten nie über die Diagnose aufklären, auch zu 55,3 % nie über die Prognose auf (Tabelle 28).

Tabelle 28: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose und des Aufklärens über die Prognose. (p=0,0000/CC=0,6).

Häufigkeit der Aufklärung über Diagnose	Häufigkeit der Aufklärung über Prognose "immer" (%)	"häufig" (%)	"selten" (%)	"nie" (%)
"immer"	34,0	48,9	17,0	0,0
"häufig"	2,7	54,2	39,1	4,0
"selten"	0,5	7,9	72,6	18,9
"nie"	7,9	5,3	31,6	55,3

Ärzte, die ihre Patienten immer über die Diagnose aufklären, gaben mit 91,3 % am wenigsten oft an, daß sie häufig oder immer die Angehörigen aufklären (Tabelle 29).

Tabelle 29: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose und der Häufigkeit des Aufklärens der Angehörigen (p=0,0007/CC=0,23).

Häufigkeit der Aufklärung über Diagnose	"häufig" oder "immer" Aufklärung der Angehörigen (%)
"immer"	91,3
"häufig"	99,6
"selten"	99,5
"nie"	97,4

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Aufklärung über die Prognose und dem Aufklären der Angehörigen fand sich jedoch nicht.

Als sehr auffällig erwies sich aber der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Hinauszögerns des Aufklärungsgesprächs und des Aufklärens über die Diagnose bzw. über die Prognose (Tabelle 30 a und b).

Tabelle 30 a+b: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des unbeabsichtigten Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs und der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose (a) (p=0,0000/CC=0,42) bzw. Prognose (b) (p=0,0000/CC=0,34).

Häufigkeit der Aufklärung über	Hinauszögern des Aufklärungsgesprächs "immer"/"häufig" (%)	"selten"/"nie" (%)
a) Diagnose		
"immer"	8,5	91,5
"häufig"	32,0	68,0
"selten"	49,7	50,3
"nie"	56,7	43,3
b) Prognose		
"immer"	19,2	80,8
"häufig"	25,8	74,2
"selten"	44,0	56,0
"nie"	55,4	44,6

Das unbeabsichtigte Hinauszögern eines Aufklärungsgesprächs kommt bei den Ärzten eher seltener vor, die angaben, ihre Patienten insgesamt häufiger aufzuklären.

7.3.3.2 Verhaltensalternative im Fallbeispiel

Ärzte, die von sich sagten, sie klärten oft oder immer über die Diagnose bzw. Prognose auf, wählten zu über 80 % auch im Fallbeispiel die Alternative des Aufklärens, während dies Ärzte, die meinten, selten aufzuklären, nur zu 69,7 % und Ärzte, die angaben, nie aufzuklären, nur zu 34,2 % tun (Tabelle 31 a).

Ärzte, die konstatierten, nie oder selten über die Diagnose bzw. Prognose aufzuklären, neigten auch im Fallbeispiel überwiegend dazu, die Aussage des Patienten zu bestreiten (Tabelle 31 b).

Tabelle 31 a+b: Zusammenhang zwischen der Wahl der Alternative "... die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen" bzw. "die Äußerung des Patienten bestreiten ..." im Fallbeispiel und der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose (a) (p=0,0000/CC=0,38) bzw. Prognose (b) (p=0,0000/CC=0,34).

Häufigkeit der Aufklärung über	gewähltes Verhalten im Fallbeispiel "...die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen" (%)	"die Äußerung des Patienten bestreiten..." (%)
a) Diagnose		
"immer"	89,4	8,5
"häufig"	90,6	5,4
"selten"	69,7	23,9
"nie"	34,2	50,0
b) Prognose		
"immer"	84,6	3,8
"häufig"	91,4	4,3
"selten"	76,6	18,9
"nie"	49,2	40,0

Auch hinsichtlich der Häufigkeit des Hinauszögerns des Aufklärungsgesprächs zeigt sich, daß diejenigen, die das Aufklärungsgespräch öfter hinauszögern, häufiger angaben, sie würden die Aussage des Patienten bestreiten, um ihm Mut für die Zukunft zu machen, und seltener dazu tendierten, die Gelegenheit zur Aufklärung des Patienten zu nutzen (Tabelle 32).

Tabelle 32: Zusammenhang zwischen der Wahl der Verhaltensalternative "... die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen" bzw. "die Äußerung des Patienten bestreiten ..." im Fallbeispiel und der Häufigkeit des unbeabsichtigten Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs (p=0,0000/CC=0,30).

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	gewähltes Verhalten im Fallbeispiel "...die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen" (%)	"die Äußerung des Patienten bestreiten..." (%)
"immer"	36,0	56,0
"häufig"	76,3	17,5
"selten"	87,3	9,0
"nie"	78,2	16,4

7.3.3.3 Richtlinie für ärztliches Handeln

Ärzte, die ihrer Selbsteinschätzung nach häufig oder immer über die Diagnose bzw. Prognose aufklären, wählten am häufigsten diejenige Richtlinie aus, die ein patientenorientiertes Vorgehen beim Aufklärungsgespräch empfiehlt (Tabelle 33 a und b).

Tabelle 33 a+b: Zusammenhang zwischen der Wahl der Richtlinie patientenorientierten Verhaltens und der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose (a) (p=0,0000/CC=0,29) bzw. Prognose (b) (p=0,0000/CC=0,37).

Häufigkeit des Aufklärens über	gewählte Richtlinie ärztlichen Verhaltens: Aufklärungsbereitschaft signalisieren und je nach Reaktion des Patienten aufklären (%)
a) Diagnose	
"immer"	76,6
"häufig"	71,1
"selten"	55,0
"nie"	44,4
b) Prognose	
"immer"	65,4
"häufig"	75,5
"selten"	59,9
"nie"	48,4

Die Häufigkeit des Aufklärens der Angehörigen sowie die Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs zeigten keinen Zusammenhang zur Auswahl der Richtlinie für ärztliches Handeln.

7.3.3.4 Zusammenhang zwischen Fallbeispiel und Richtlinie

Die Wahl der Verhaltensalternative im Fallbeispiel wies einen sehr auffälligen Zusammenhang zur ausgewählten Richtlinie für ärztliches Verhalten unheilbar kranken Patienten gegenüber auf (Tabelle 34).

Tabelle 34· Zusammenhang zwischen der Wahl einer Richtlinie für ärztliches Verhalten unheilbar Kranken gegenüber und der Wahl der Alternative "... die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen" bzw. "die Äußerung des Patienten bestreiten ..." im Fallbeispiel (p=0,0000/CC=0,29).

Richtlinie für ärztliches Verhalten unheilbar Kranken gegenüber	gewähltes Verhalten im Fallbeispiel	
	"...die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen (%)	"die Äußerung des Patienten bestreiten..." (%)
Bereitschaft signalisieren und aufklären, wenn Patient auf Angebot reagiert	86,2	10,0
Aufklären, wenn Patient ausdrücklich danach fragt	59,0	30,1
Nur aufklären, wenn man es für richtig hält	69,3	23,9
In jedem Fall aufklären unabhängig vom Wunsch des Patienten	87,5	0,0

Ärzte, die sich prinzipiell für ein patientenorientiertes Aufklärungsverhalten aussprachen, entschieden sich auch in unserem Fallbeispiel häufiger für Aufklärung des beschriebenen Patienten. Dagegen meinten Ärzte, die prinzipiell nur bei eigenem Dafürhalten oder ausdrücklichem Wunsch des Patienten eine Aufklärung für richtig halten, häufiger, daß sie in unserem Fallbeispiel die Äußerung des Patienten bestreiten würden.

7.3.4 Emotionales Befinden beim Umgang mit dem unheilbar Kranken

Schließlich soll noch beobachtet werden, wie die Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose bzw. Prognose, die Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs und das Aufklärungsverhalten im Fallbeispiel mit den sechs Items zum emotionalen Befinden beim Hausbesuch bzw. Aufklärungsgespräch eines unheilbar Kranken zusammenhängen.

7.3.4.1 Gefühlsmäßige Indifferenz

Das Item "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch" ergab keinen deutlichen Zusammenhang zu einer der oben genannten Variablen des Aufklärungsverhaltens.

7.3.4.2 Gefühl der Sicherheit

Ein deutlicher Zusammenhang zur Sicherheit im Umgang mit unheilbar kranken Patienten zeigte sich bezüglich der Häufigkeit des Hinauszögerns des Aufklärungsgesprächs. Wie zu erwarten, fühlten sich Ärzte, die am seltensten ein Aufklärungsgespräch hinauszögern, im Umgang mit dem unheilbar kranken Patienten am häufigsten sicher. Allerdings fühlen sich Ärzte, die immer das Aufklärungsgespräch hinauszögern, in größerer Zahl sicher als solche, die es nur selten oder häufig hinauszögern (Tabelle 35).

Tabelle 35: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs und dem Gefühl der Sicherheit beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken. (p=0,0002/CC=0,26)

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	Zustimmung "stimmt ganz genau"/"stimmt ungefähr") zum Item: "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten" (%)
"immer"	82,6
"häufig"	73,0
"selten"	78,5
"nie"	90,5

7.3.4.3 Unwohles Gefühl

Die Angabe, sich beim Umgang mit dem unheilbaren Patienten unwohl zu fühlen, zeigt einen auffälligen Zusammenhang mit der Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose. Ärzte, die äußerten, nie oder selten über die Diagnose aufzuklären, fühlen sich zum überwiegenden Teil unwohl beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken, im Gegensatz zu den Ärzten, die von sich sagten, daß sie häufig oder immer über die Diagnose aufklären (Tabelle 36).

Tabelle 36: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose und dem unwohlen Gefühl beim Hausbesuch eines unheilbar kranken Patienten. (p=0,0002/CC=0,26)

Häufigkeit der Aufklärung über Diagnose	Zustimmung ("stimmt ganz genau"/ "stimmt ungefähr" zum Item: "Ich fühle mich unwohl dabei" (%)
"immer"	39,5
"häufig"	41,4
"selten"	59,8
"nie"	72,2

Bezüglich des Aufklärens über die Prognose ließ sich kein solcher Zusammenhang finden.

Die Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs wies ebenfalls einen positiven Zusammenhang mit der Angabe eines unwohlen Gefühls beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken auf. Ärzte, die häufiger ein Aufklärungsgespräch hinauszögern, fühlen sich zu einem größeren Teil unwohl bei der Konfrontation mit einem unheilbar kranken Patienten als Ärzte, die ein solches Gespräch selten oder nie hinauszögern (Tabelle 37).

Tabelle 37: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs und dem unwohlen Gefühl beim Hausbesuch eines unheilbar kranken Patienten. (p=0,0001/CC=0,26)

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	Zustimmung ("stimmt ganz genau"/ "stimmt ungefähr") zum Item: "Ich fühle mich unwohl dabei" (%)
"immer"	68,2
"häufig"	62,2
"selten"	43,4
"nie"	36,7

7.3.4.4 Schwierigkeiten, Distanz zu wahren

Ärzte, die ihrer Selbsteinschätzung nach selten über die Diagnose aufklären, hielten mit 68,5 % am häufigsten die Aussage, es falle schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren, für zutreffend, während die Ärzte, die nie, häufig oder immer über die Diagnose aufklären, sich in der Bewertung dieser Aussage relativ ähnlich waren (Tabelle 38 a). Entsprechend verhielt es sich mit der Häufigkeit des Aufklärens über die Prognose. Auch hier gaben Ärzte, die selten über die Prognose aufklären, mit 69,2 % am häufigsten Schwierigkeiten an, Distanz zu wahren, während diejenigen, die nie, häufig oder immer über die Prognose aufklären, seltener dieser Aussage zustimmten (Tabelle 38 b).

Tabelle 38 a+b: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose (a) (p=0,0025/CC=0,23) bzw. Prognose (b) (p=0,0054/CC=0,22) und der Angabe von Schwierigkeiten, beim Aufklärungsgespräch gefühlsmäßige Distanz zu wahren.

Häufigkeit der Aufklärung über	Zustimmung ("stimmt ganz genau"/ "stimmt ungefähr") zum Item: "Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren" (%)
a) Diagnose	
"immer"	60,9
"häufig"	57,8
"selten"	68,5
"nie"	61,8
b) Prognose	
"immer"	56,5
"häufig"	53,5
"selten"	69,2
"nie"	62,5

Bezüglich der Häufigkeit des unbeabsichtigten Hinauszögerns des Aufklärungsgesprächs zeigt sich, daß Ärzte, bei denen dies angeblich nie vorkommt, nur zu 50 % Schwierigkeiten äußerten, emotionale Distanz zu wahren, während Ärzte, die das Aufklärungsgespräch selten, häufig oder immer hinauszögern, zahlreicher Schwierigkeiten bei der Wahrung emotionaler Distanz angaben (Tabelle 39).

Tabelle 39: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs und der Angabe von Schwierigkeiten, beim Aufklärungsgespräch gefühlsmäßige Distanz zu wahren (p=0,0000/CC=0,27).

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	Zustimmung ("stimmt ganz genau"/ "stimmt ungefähr") zum Item: "Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren" (%)
"immer"	77,3
"häufig"	70,4
"selten"	59,6
"nie"	50,0

7.3.4.5 Schwierigkeiten, Gefühle zu verarbeiten

Sehr eindeutig zeigte sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose bzw. Prognose sowie des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs und der Zustimmung zur Aussage, es falle schwer, dabei (beim Aufklärungsgespräch) aufkommende Gefühle zu verarbeiten.
Ärzte, die nach eigener Aussage seltener unheilbar kranke Patienten über deren Diagnose bzw. Prognose aufklären, gaben häufiger Schwierigkeiten an, ihre beim Aufklärungsgespräch mit solchen Patienten aufkommenden Gefühle zu verarbeiten (Tabelle 40 a und b).

Tabelle 40 a+b: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose (a) (p=0,0002/CC=0,25) bzw. Prognose (b) (p=0,0003/CC=0,25) und der Angabe von Schwierigkeiten, die beim Aufklärungsgespräch aufkommenden Gefühle zu verarbeiten.

Häufigkeit der Aufklärung über	Zustimmung ("stimmt ganz genau"/ "stimmt ungefähr") zum Item: "Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten" (%)
a) Diagnose	
"immer"	36,4
"häufig"	39,7
"selten"	55,2
"nie"	76,5
b) Prognose	
"immer"	42,9
"häufig"	40,7
"selten"	53,5
"nie"	46,5

Auch die Häufigkeit, in der ein Aufklärungsgespräch länger als beabsichtigt hinausgezögert wird, scheint mit den oben genannten Schwierigkeiten zusammenzuhängen. So gaben Ärzte, die häufiger ein Aufklärungsgespräch hinauszögern, auch zahlreicher Schwierigkeiten an, ihre dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten (Tabelle 41).

Tabelle 41: Zusammenhang zwischen der Häufigkeit unbeabsichtigten Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs und der Angabe von Schwierigkeiten, die beim Aufklärungsgespräch aufkommenden Gefühle zu verarbeiten (p=0,0000/CC=0,33).

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	Zustimmung ("stimmt ganz genau"/ "stimmt ungefähr") zum Item: "Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten" (%)
"immer"	61,9
"häufig"	56,6
"selten"	41,8
"nie"	38,0

7.3.4.6 Schwierigkeiten, Anteilnahme zu zeigen

Schließlich fand sich auch ein Zusammenhang zwischen der Wahl der Verhaltensalternative im Fallbeispiel und den Schwierigkeiten beim Aufklärungsgespräch.

Ärzte, die sich in unserem Fallbeispiel gegen die Aufklärung des Patienten entschieden (Bestreiten der Äußerung bzw. Hinweggehen über die Bemerkung), gaben größere Schwierigkeiten an, einem unheilbar kranken Patienten ihre Anteilnahme zu zeigen, als diejenigen Ärzte, die im Fallbeispiel die Aussage des Patienten zu einem Aufklärungsgespräch nutzen würden (Tabelle 42).

Tabelle 42: Zusammenhang zwischen der im Fallbeispiel gewählten Verhaltensalternative und der Angabe von Schwierigkeiten, beim Aufklärungsgespräch dem unheilbar kranken Patienten Anteilnahme zu zeigen (p=0,0000/CC=0,28).

Verhaltensalternative im Fallbeispiel	Zustimmung ("stimmt ganz genau"/ "stimmt ungefähr") zum Item: "Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen" (%)
Äußerung des Patienten bestreiten	28,1
Über Bemerkung des Patienten hinweggehen	23,1
Der Ehefrau nahelegen, den Patienten aufzuklären	12,5
Auf Bemerkung eingehen und zur Aufklärung nutzen	12,3

Zusammengefaßt können wir anhand der angeführten Kontingenzanalysen zum emotionalen Befinden beim Umgang mit dem unheilbar kranken Patienten erkennen, daß die Ärzte, die zur Aufklärung des Patienten tendieren, seltener emotionale Schwierigkeiten äußerten als diejenigen Ärzte, die die Aufklärung des Patienten vermeiden. Es zeigt sich, wie eng das Aufklärungsverhalten mit den emotionalen Schwierigkeiten eines Arztes zusammenhängt. Alle Ergebnisse beweisen, daß eigene emotionale Probleme bei der Betreuung eines Patienten mit infauster Prognose in direkter Beziehung zu Quantität und Qualität der Aufklärung stehen.

7.3.5 Art der Ausbildung zum Umgang mit unheilbar kranken Patienten und Wahl der Faktoren, die für Aufklärung sprechen

Bei Frage 4 (Ausbildung zum Umgang mit Unheilbaren) und Frage 10 (Faktoren, die für Aufklärung sprechen) unseres eigenen Frageninventars zum Aufklärungsverhalten konnte der Arzt mehrere Antwortalternativen ("multiple response") ankreuzen. Die Möglichkeit einer Analyse in Form von Kontingenztafeln ergab sich daher nicht. Zur Auswertung erstellten wir mit Hilfe des Computers Übersichtstabellen ("cross-tabulations"), wobei eine Signifikanzberechnung resp. die Angabe eines Kontingenzkoeffizienten entfallen mußte. Keines der in diesem Abschnitt genannten Ergebnisse stellt somit einen im statistischen Sinne deutlichen Zusammenhang dar. Wir beschreiben lediglich Tendenzen, welche aus den Übersichtstabellen hervorgehen.

Bei der Durchsicht der "cross-tabulations" fiel zunächst auf, daß Ärztinnen offensichtlich häufiger als Ärzte an theoretischen Fortbildungsseminaren zum Umgang mit unheilbar Kranken, an Balint-Gruppen und an praxisorientierten Ausbildungskursen teilnehmen. Außerdem beziehen sie häufiger als Ärzte Informationen zum Umgang mit unheilbar Kranken durch Lektüre von Fachbüchern und -zeitschriften (Tabelle 43).

Tabelle 43: Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Untersuchungsteilnehmern bezüglich der Art der Aus- und Weiterbildung zum Umgang mit unheilbar Kranken.

Art der Aus- und Weiterbildung	Ärztinnen (%)	Ärzte (%)
Theoretische Forbildungsseminare	19,8	16,0
Balint-Gruppen	11,0	4,6
praxisorientierte Ausbildungskurse	12,1	8,3
Lektüre von Fachbüchern und -zeitschriften	60,4	53,9

Ärzte mit einer sehr kurzen Niederlassungsdauer von weniger als 2 Jahren orientieren sich wesentlich häufiger am Vorbild von Kollegen, während dies Ärzte, die über 30 Jahre niedergelassen sind, weit weniger angaben (Tabelle 44).

Tabelle 44: Unterschiede zwischen Ärzten mit sehr kurzer bzw. sehr langer Niederlassungsdauer bezüglich der Häufigkeit, in der sie sich beim Umgang mit unheilbar Kranken am Vorbild von Kollegen orientieren.

Dauer der Niederlassung	Häufigkeit der Orientierung am Vorbild von Kollegen (%)
bis zu 2 Jahre	41,5
über 30 Jahre	20,7

Ärzte, die Balint-Gruppen besuchen (N = 28), klären nach eigener Einschätzung häufiger über Diagnose und Prognose auf als der Durchschnitt der von uns befragten Ärzte. Auch bei der Wahl einer Verhaltensalternative im Fallbeispiel zeigte sich, daß Balint-Gruppen-Teilnehmer zu 89,7 % zur Alternative des Aufklärens tendieren, während dies im Durchschnitt nur 77,7 % der Ärzte tun (Tabelle 45).

Tabelle 45: Unterschiede im Aufklärungsverhalten der Balint-Gruppen-Teilnehmer im Vergleich zum Durchschnitt der Ärzte.

Variablen des Aufklärungsverhaltens	Balint-Gruppen-Teilnehmer (%)	Durchschnitt der Ärzte (%)
"häufig" oder "immer" Aufklärung über Diagnose	75,0	53,8
"häufig" oder "immer" Aufklärung über Prognose	57,1	37,4
Wahl der Verhaltensalternative "Aufklärung" im Fallbeispiel	89,7	77,7

Bei den Fragen zum emotionalen Befinden gaben allerdings Balint-Gruppen-Teilnehmer nur zu 65,5 % an, sich beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken sicher zu fühlen, während dies im Durchschnitt die Ärzte zu 74,5 % von sich sagten. Dieser Unterschied ist möglicherweise dadurch zu erklären, daß die Teilnahme an einer Balint- Gruppe, in der vorwiegend über die Interaktion zwischen Arzt und Patient reflektiert wird, den Arzt eher dafür aufgeschlossen macht, ein solches Gefühl der Unsicherheit an sich selbst wahrzunehmen. Dagegen fühlen sich Balint-Gruppen-Teilnehmer nur zu 32,1 % beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken unwohl, während dies bei 46,2 % des Gesamtkollektivs der Fall ist. Auch gaben nur 53,6 % der Balint-Gruppen-Teilnehmer Schwierigkeiten an, gefühlsmäßige Distanz zu wahren, im Gegensatz zu 59,7 % des Durchschnitts. Ähnlich verhielt es sich mit den Schwierigkeiten, aufkommende Gefühle zu verarbeiten, wobei nur 35,7 % der Balint-Gruppen-Teilnehmer, jedoch 47,6 % der Gesamtbefragten solche Schwierigkeiten angaben (Tabelle 46). Hinsichtlich der Schwierigkeiten, Anteilnahme zu zeigen, hoben sich die Balint-Teilnehmer nicht hervor.

Tabelle 46: Unterschiede im emotionalen Befinden beim Umgang mit unheilbar Kranken zwischen Balint-Gruppen-Teilnehmern und dem Durchschnitt der Ärzte.

Befinden beim Umgang mit unheilbar kranken Patienten	Balint-Gruppen-Teilnehmer (%)	Durchschnitt der Ärzte (%)
Sicherheitsgefühl	65,5	74,5
Unwohles Gefühl	32,1	46,2
Schwierigkeiten, Distanz zu wahren	53,6	59,7
Schwierigkeiten, Gefühle zu verarbeiten	35,7	43,9

Weitere Besonderheit der Balint-Gruppen-Teilnehmer war, daß diese sich auch hinsichtlich der gewählten Faktoren, die für die Aufklärung eines unheilbar kranken Patienten über dessen Prognose sprechen, von den übrigen Ärzten unterschieden. So gaben Ärzte, die an Balint-Gruppen teilnehmen, zu 71,4 % die emotionale Stabilität des Patienten (Gesamtstichprobe nur 47,8 %) und zu 78,6 % die emotionale Unterstützung durch die Familie oder Freunde (Gesamtstichprobe nur 41,1 %) als wichtige Faktoren zur Aufklärung des betreffenden Patienten an (Tabelle 47).

Tabelle 47: Unterschiede in der Bewertung der Argumente für Aufklärung eines unheilbar Kranken zwischen Balint-Gruppen-Teilnehmern und dem Durchschnitt der Ärzte.

Argumente für Aufklärung	Balint-Gruppen-Teilnehmer (%)	Durchschnitt der Ärzte (%)
emotionale Stabilität des Patienten	71,4	47,8
emotionale Unterstützung durch die Familie	78,6	41,1

Die einzelnen Faktoren, die für die Aufklärung eines unheilbar kranken Patienten sprechen, wurden auch von Ärzten unterschiedlicher Niederlassungsdauer verschieden bewertet.

Die emotionale Stabilität des Patienten stellte für 51,6 % der bis zu 2 Jahre niedergelassenen ein wichtiges Argument für Aufklärung dar, was bei den über 30 Jahre niedergelassenen Ärzten nur zu 33,8 % der Fall war. Ähnlich verhielt es sich mit dem Wunsch des Patienten nach Aufklärung. Dieser wurde von 89,1 % der bis zu 2 Jahre niedergelassenen als wichtiger Faktor gesehen, aber nur von 70,3 % der über 30 Jahre niedergelassenen Ärzte. Entsprechendes fand sich bezüglich der emotionalen Unterstützung durch die Familie. Dieses Aufklärungskriterium befürworteten 59,4 % der bis zu 2 Jahre niedergelassenen und nur 27,0 % der über 30 Jahre niedergelassenen Ärzte (Tabelle 48).

Tabelle 48: Unterschiede in der Bewertung der Argumente für Aufklärung eines unheilbar Kranken zwischen Ärzten mit sehr kurzer und sehr langer Niederlassungsdauer.

Argumente für Aufklärung	Dauer der Niederlassung	
	bis zu 2 Jahre (%)	über 30 Jahre (%)
emotionale Stabilität des Patienten	51,6	33,8
Wunsch des Patienten nach Aufklärung	89,1	70,3
emotionale Unterstützung durch Familie	59,4	27,0

Wie bereits angeführt, dürfen die aufgezeigten Gegenüberstellungen nur als Tendenzen verstanden werden. Außerdem ist zu beachten, daß die Gruppe der Balint-Teilnehmer in der Gesamtstichprobe nur 28 Ärzte ausmacht.

Im gesamten Abschnitt 7.3 haben wir uns ausschließlich mit den Beziehungen innerhalb des eigenen Frageninventars befaßt, die sich neben den soziodemographischen Daten nur auf das Aufklärungsverhalten des Arztes beziehen. Wir haben in erster Linie Zusammenhänge nachgewiesen zwischen aktionalen (Häufigkeit des Aufklärens, Fallbeispiel), normativen (Richtlinie für ärztliches Verhalten) und emotionalen (Befinden beim Aufklärungsgespräch) Aspekten des Informationsverhaltens.

7.4 Varianzanalysen zum Einfluß der Todesfurcht und der Kontrollüberzeugungen auf das Aufklärungsverhalten

Nachdem bisher die aus dem eigenen Frageninventar gewonnenen Kriterien des Aufklärungsverhaltens in ihren wechselseitigen Beziehungen dargestellt wurden, stehen nun die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Testskalen wie Todesfurchtfragebogen, Semantischem Differential bzw. IPC und den soziodemographischen Daten bzw. Fragen zum Verhalten gegenüber dem unheilbaren Patienten im Vordergrund der Überlegungen. Da es sich um den Vergleich zwischen quantitativen (Testskalen) und qualitativen (eigenes Frageninventar) Variablen handelt (siehe Abschnitt 6.5.2), war die Durchführung von Varianzanalysen notwendig.

Die im folgenden angeführten Varianzanalysen weisen alle ein Signifikanzniveau von unter einem Prozent ($p \leqq 0,01$) auf. Auch in diesem Kapitel sind die Signifikanzen nur im <u>deskriptiven</u> Sinne (siehe Abschnitt 6.5.3) zu verstehen. Wir sprechen daher von sehr <u>auffälligen</u> bzw. sehr <u>deutlichen</u> Ergebnissen. Die Tabellen zu den Varianzanalysen geben jeweils die Zellenmittelwerte ($\bar{x}$), die Standardabweichung (s) sowie die jeweilige Anzahl antwortender Ärzte (N) an.

7.4.1 Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes (F1)

Der erste von uns bei der Faktorenanalyse des Todesfurchtfragebogens gefundene Faktor, den wir als "Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes" interpretierten, wies einige sehr wichtige Zusammenhänge auf. Ärzte der einzelnen Fachgebiete unterschieden sich in ihrem Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes deutlich (p=0,0005) voneinander, wobei sich Internisten am stärksten von der Realität des Todes betroffen fühlen (Tabelle 49).

Tabelle 49: Zusammenhang zwischen der Fachrichtung und dem Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes (=F1). (p=0,0005)

Fachrichtung	F1 (höchster erreichbarer Skalenwert = 13)		
	$\bar{x}$	s	N
Allgemeinärzte	6,31	3,04	(228)
Praktische Ärzte	7,10	2,90	(120)
Internisten	7,53	2,63	(122)

In der Niederlassungsdauer fanden wir eine zweite soziodemographische Variable, die in hoher Deutlichkeit (p=0,0000) mit der Skala F1 zusammenhing. Das Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Todes sinkt mit der Dauer der Niederlassung (Tabelle 50).

Tabelle 50: Einfluß der Niederlassungsdauer auf das Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes (=F1). (p=0,0000)

Niederlassungsdauer	F1 (höchster erreichbarer Skalenwert = 13)		
	$\bar{x}$	s	N
bis 2 Jahre	8,13	2,85	(64)
3 - 5 Jahre	8,15	2,41	(81)
6 - 10 Jahre	7,14	2,71	(78)
11 - 20 Jahre	6,80	2,73	(95)
21 - 30 Jahre	5,88	2,71	(82)
über 30 Jahre	4,89	3,01	(71)

Die Dauer der Niederlassung bewirkt offensichtlich eine Gewöhnung an die Realität des Sterbens und des Todes, da wir mit zunehmender Niederlassungsdauer eine konstante Abnahme der Betroffenheit verzeichnen konnten. Wir dürfen aber nicht außer acht lassen, daß auch das Alter des Arztes, welches wir nicht erfaßt haben und welches wahrscheinlich in hohem Maße mit der Niederlassungsdauer korreliert, einen erheblichen Einfluß auf die Todesbetroffenheit haben kann.

Die Auswirkung der Todesbetroffenheit auf den Umgang mit den Patienten zeigten folgende sehr auffällige Ergebnisse: Ärzte, die einen Hausbesuch bei einem unheilbar Kranken wie jeden anderen Hausbesuch empfinden, fühlen sich weit weniger stark betroffen von der Realität des Todes. Des weiteren steigt die Unsicherheit der Ärzte im Umgang mit sterbenden Patienten mit zunehmender Betroffenheit durch den Tod. Gleichfalls geht ein unwohles Gefühl der Ärzte bei der Konfrontation mit einem Sterbenden mit zunehmender Betroffenheit durch den Tod einher (Tabelle 51).

Tabelle 51 a-c: Zusammenhang zwischen der "Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes" (=F1) und dem emotionalen Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken anhand des Items "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch" (a) (p=0,0000), des Items "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten" (b) (p=0,0000) sowie des Items "Ich fühle mich unwohl dabei" (c) (p=0,0003).

Emotionales Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken bezüglich des Items	F1 (höchster erreichbarer Skalenwert = 13)		
	$\bar{x}$	s	N
a) "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch"			
stimmt ganz genau	4,73	2,29	(26)
stimmt ungefähr	5,71	2,71	(78)
stimmt eher nicht	7,12	2,88	(146)
stimmt überhaupt nicht	7,58	2,80	(166)
b) "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten"			
stimmt ganz genau	5,09	2,65	(122)
stimmt ungefähr	7,06	2,76	(229)
stimmt eher nicht	8,03	2,47	(69)
stimmt überhaupt nicht	8,75	3,20	(28)
c) "Ich fühle mich unwohl dabei"			
stimmt ganz genau	7,49	2,98	(70)
stimmt ungefähr	7,52	2,91	(149)
stimmt eher nicht	6,60	2,71	(118)
stimmt überhaupt nicht	6,06	2,87	(98)

Zusammenfassend finden wir somit, daß der von der Realität des Todes betroffene Arzt eher kürzere Zeit niedergelassen ist, weniger häufig Sicherheit im Umgang mit sterbenden Patienten empfindet und sich häufiger unwohl im Umgang mit diesen fühlt. Deutliche Zusammenhänge zwischen der Betroffenheit von der Realität des Todes und dem quantitativen Aufklären über Diagnose und Prognose ließen sich nicht nachweisen.

7.4.2 Beschäftigung mit dem Tod (F2)

Eine sehr auffällige Beziehung zur Niederlassungsdauer zeigte auch der zweite gewonnene Faktor, die Beschäftigung mit dem Tod (F2).
Im gleichen Ausmaß wie die Betroffenheit von der Realität des Todes nimmt auch die Beschäftigung mit dem Tod bei zunehmender Niederlassungsdauer ab (Tabelle 52).

Tabelle 52: Zusammenhang zwischen der Niederlassungsdauer und der Beschäftigung mit dem Tod (=F2). (p=0,0000)

Niederlassungsdauer	F2 (höchster erreichbarer Skalenwert = 11)		
	$\bar{x}$	s	N
bis 2 Jahre	6,48	2,14	(65)
3 - 5 Jahre	5,92	2,30	(86)
6 - 10 Jahre	5,78	2,23	(78)
11 - 20 Jahre	5,45	2,70	(98)
21 - 30 Jahre	5,04	2,50	(81)
über 30 Jahre	4,38	2,37	(74)

Weiterhin fiel auf, daß Ärzte, die einen Hausbesuch bei einem unheilbar Kranken wie jeden anderen Hausbesuch empfinden, sich am wenigsten mit dem Todesproblem beschäftigen. Ärzte, die ein hohes Sicherheitsempfinden im Umgang mit Sterbenden haben, befassen sich am seltensten mit dem Tod (Tabelle 53).

Tabelle 53 a+b: Zusammenhang zwischen der "Beschäftigung mit dem Tod" (=F2) und dem emotionalen Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken anhand des Items "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch" (a) (p=0,0000) und des Items "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten" (b) (p=0,0000).

Emotionales Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken bezüglich des Items	F2 (höchster erreichbarer Skalenwert = 11)		
	$\bar{x}$	s	N
a) "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch"			
stimmt ganz genau	4,22	2,82	(27)
stimmt ungefähr	4,48	2,59	(81)
stimmt eher nicht	5,70	2,41	(147)
stimmt überhaupt nicht	6,06	2,25	(171)
b) "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten"			
stimmt ganz genau	4,53	2,05	(129)
stimmt ungefähr	5,64	2,43	(233)
stimmt eher nicht	6,36	2,13	(70)
stimmt überhaupt nicht	6,52	2,05	(29)

So läßt sich zusammenfassen, daß derjenige Arzt sich am meisten mit dem Tod beschäftigt, der erst seit kürzerer Zeit niedergelassen ist und sich im Umgang mit sterbenden Patienten unsicherer fühlt.

Der Zusammenhang zwischen der Beschäftigung mit dem Tod und häufigem Sprechen über den Tod mit vertrauten Personen gibt einen Hinweis auf die Validität der Skala "Beschäftigung mit dem Tod". Ärzte, die auf dieser Skala eine hohe Ladung aufweisen, sprechen auch viel häufiger mit vertrauten Personen über Probleme, die sie im Umgang mit sterbenden Patienten haben (Tabelle 54).

Tabelle 54: Zusammenhang zwischen der "Beschäftigung mit dem Tod" (=F2) und der Häufigkeit des Sprechens über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben. (p=0,003)

Häufigkeit des Sprechens über den Tod	F2 (höchster erreichbarer Skalenwert = 11) $\bar{x}$	s	N
"nie"	4,50	2,33	(8)
"fast nie"	4,59	2,30	(46)
"gelegentlich"	5,35	2,44	(303)
"oft"	6,20	2,45	(126)

Ein Arzt, der sich mit dem Tod beschäftigt, zeigt somit auch seinen Mitmenschen gegenüber eine größere Offenheit bezüglich dieser Problematik.

7.4.3 Affektive Abwehr und Ablehnung des Todes, die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren (F4)

Inhaltlich hat die Skala der affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes (F 4) wohl die größte Bedeutung für den Umgang mit Sterbenden. Wir finden eine große Anzahl sehr deutlicher Zusammenhänge zwischen dieser Skala und dem Verhalten gegenüber dem unheilbaren Patienten.

Wir sahen, daß Ärzte, die den Tod affektiv ablehnen und abwehren, ihre Patienten nach eigenen Angaben am seltensten über deren Diagnose und Prognose aufklären (Tabelle 55 a und b).

Tabelle 55 a+b: Zusammenhang zwischen der "affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes" (=F4) und der Häufigkeit der Aufklärung über Diagnose (a) (p=0,0002) bzw. Prognose (b) (p=0,0013).

Häufigkeit des Aufklärens über	F4 (höchster erreichbarer Skalenwert = 9) $\bar{x}$	s	N
a) Diagnose			
"immer"	1,13	1,67	(45)
"häufig"	1,11	1,34	(219)
"selten"	1,67	1,57	(188)
"nie"	1,94	2,03	(34)
b) Prognose			
"immer"	1,17	1,99	(23)
"häufig"	1,02	1,25	(161)
"selten"	1,60	1,56	(240)
"nie"	1,60	1,81	(65)

Bedeutsam ist auch, daß die Ärzte mit der stärksten affektiven Abwehr des Todes am häufigsten ein Aufklärungsgespräch hinauszögern (Tabelle 56).

Tabelle 56: Zusammenhang zwischen der "affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes" (=F4) und der Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs. (p=0,0003)

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	F4 (höchster erreichbarer Skalenwert = 9) $\bar{x}$	s	N
"immer"	2,50	1,98	(24)
"häufig"	1,53	1,50	(158)
"selten"	1,18	1,44	(246)
"nie"	1,33	1,69	(48)

Die beschriebenen Ergebnisse erfahren eine zusätzliche Bestätigung, wenn man die Antworten zum Fallbeispiel betrachtet: Ärzte mit der geringsten affektiven Ablehnung des Todes kreuzten am häufigsten die Alternative an, bei der es um das Eingehen auf den Patienten und die Nutzung der Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch geht. Die Ärzte, die sich dafür entschieden, über die Bemerkung des Patienten hinwegzugehen und mit der Untersuchung fortzufahren, zeigten die stärkste affektive Ablehnung des Todes (Tabelle 57).

Tabelle 57: Zusammenhang zwischen der "affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes" (=F4) und der Wahl der Verhaltensalternative im Fallbeispiel. (p=0,0000)

Gewählte Verhaltensalternative	F4 (höchster erreichbarer Skalenwert = 9) $\bar{x}$	s	N
Auf Bemerkung eingehen und Gelegenheit zur Aufklärung nutzen	1,15	1,31	(383)
Der Ehefrau nahelegen, den Patienten aufzuklären	1,57	1,51	(7)
Äußerung des Patienten bestreiten	2,24	2,02	(79)
Über Bemerkung hinweggehen	2,44	2,20	(18)

Ähnlich wie bereits bei F1 ("Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Todes und des Sterbens") und F2 ("Beschäftigung mit dem Tod") zeigte sich auch eine deutliche Beziehung zwischen dem Sicherheitsempfinden beim Hausbesuch eines unheilbaren Patienten und der affektiven Ablehnung des Todes. Die Ärzte, die sich ganz sicher im Umgang mit sterbenden Patienten fühlen, lehnen den Tod in geringerem Ausmaß affektiv ab, während solche, die sich als überhaupt nicht sicher empfinden, die stärkste Abwehr des Todes zeigen. In die gleiche Richtung wiesen die Zusammenhänge bezüglich des unwohlen Gefühls beim Umgang mit sterbenden Patienten: Auch Ärzte, die sich beim Umgang mit solchen Patienten sehr unwohl fühlen, wehren den Tod am stärksten affektiv ab. Darüber hinaus offenbaren Ärzte, die Schwierigkeiten haben, beim Aufklärungsgespräch dem Patienten Anteilnahme zu zeigen, ebenfalls eine starke affektive Abwehr und Ablehnung des Todes (Tabelle 58 und 59).

Tabelle 58: Zusammenhang zwischen der "affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes" (=F4) und dem emotionalen Befinden beim Umgang mit unheilbar kranken Patienten bezüglich des Items "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten" (a) (p=0,0032) und des Items "Ich fühle mich unwohl dabei" (b) (p=0,0000).

Emotionales Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken bezüglich des Items	F4 (höchster erreichbarer Skalenwert = 9)		
	$\bar{x}$	s	N
a) "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten"			
stimmt ganz genau	1,08	1,45	(132)
stimmt ungefähr	1,36	1,45	(236)
stimmt eher nicht	1,60	1,72	(73)
stimmt überhaupt nicht	2,19	2,08	(26)
b) "Ich fühle mich unwohl dabei"			
stimmt ganz genau	2,19	2,16	(74)
stimmt ungefähr	1,62	1,51	(154)
stimmt eher nicht	1,12	1,27	(122)
stimmt überhaupt nicht	0,83	1,09	(99)

Tabelle 59: Zusammenhang zwischen der "affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes" (=F4) und des emotionalen Befinden beim Aufklärungsgespräch bezüglich des Items "Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen" (p=0,0018).

Emotionales Befinden beim Aufklärungsgespräch bezüglich des Items	F4 (höchster erreichbarer Skalenwert = 9)		
	$\bar{x}$	s	N
"Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen"			
stimmt ganz genau	2,54	3,31	(13)
stimmt ungefähr	1,81	1,68	(52)
stimmt eher nicht	1,48	1,48	(141)
stimmt überhaupt nicht	1,19	1,43	(237)

Alle sieben Einzelergebnisse bezüglich der Skala "Affektive Abwehr und Ablehnung des Todes" zeigen zusammenfassend, daß die eigene gefühlsmäßige Einstellung zum Tode in starker Beziehung zum tatsächlichen Verhalten beim Umgang mit unheilbar kranken Patienten steht. Der Arzt, der den Tod emotional ablehnt und abwehrt, klärt seine Patienten vergleichsweise seltener und erst nach längerem Hinauszögern auf, fühlt sich unsicherer und unwohler beim Umgang mit sterbenden Patienten und zeigt größere Schwierigkeiten diesen Patienten seine Anteilnahme zu zeigen, als ein den Tod weniger stark ablehnender Arzt.

7.4.4 Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen (F5)

Bezüglich der Skala, die "Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen" (F5) erfaßt, fanden wir den bisher beschriebenen Zusammenhängen vergleichbare Ergebnisse. Ärzte, die eine stärkere Besorgnis dem eigenen Sterben gegenüber haben, klären nach eigener Einschätzung ihre Patienten seltener über Diagnose bzw. Prognose auf (Tabelle 60 a und b) und zögern das Aufklärungsgespräch häufiger hinaus (Tabelle 61).

Tabelle 60 a+b: Zusammenhang zwischen der "Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen" (=F5) und der Häufigkeit der Aufklärung über Diagnose (a) (p=0,0061) bzw. Prognose (b) (p=0,0014).

Häufigkeit des Aufklärens über	F5 (höchster erreichbarer Skalenwert = 7) $\bar{x}$	s	N
a) Diagnose			
"immer"	3,65	1,91	(46)
"häufig"	3,99	1,59	(219)
"selten"	4,42	1,54	(186)
"nie"	4,33	1,64	(36)
b) Prognose			
"immer"	3,42	1,77	(24)
"häufig"	3,86	1,55	(160)
"selten"	4,32	1,62	(240)
"nie"	4,48	1,57	(66)

Tabelle 61: Zusammenhang zwischen der "Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen" (=F5) und der Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs. (p=0,0016)

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	F5 (höchster erreichbarer Skalenwert = 7) $\bar{x}$	s	N
"immer"	4,56	1,33	(25)
"häufig"	4,34	1,59	(156)
"selten"	4,05	1,58	(246)
"nie"	3,40	1,78	(50)

Weiterhin finden Ärzte mit einer größeren Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben den Hausbesuch bei einem unheilbaren Patienten weniger einem anderen Hausbesuch vergleichbar (Tabelle 62 a). Eine größere Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen bewirkt ein Unsicherheitsempfinden und unwohles Gefühl beim Umgang mit sterbenden Patienten (Tabelle 62 b und c).

Tabelle 62 a-c: Zusammenhang zwischen der "Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen" (=F5) und dem emotionalen Befinden beim Umgang mit unheilbar kranken Patienten bezüglich des Items "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch" (a) (p=0,0006), des Items "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten" (b) (p) 0,0009) und des Items "Ich fühle mich unwohl dabei" (c) (p=0,0009).

Emotionales Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken bezüglich des Items	F5 (höchster erreichbarer Skalenwert = 7)		
	$\bar{x}$	s	N
a) "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch"			
stimmt ganz genau	3,44	1,60	(27)
stimmt ungefähr	3,63	1,93	(80)
stimmt eher nicht	4,23	1,15	(151)
stimmt überhaupt nicht	4,40	1,62	(170)
b) "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten"			
stimmt ganz genau	3,69	1,81	(131)
stimmt ungefähr	4,18	1,58	(235)
stimmt eher nicht	4,54	1,37	(74)
stimmt überhaupt nicht	4,57	1,60	(28)
c) "Ich fühle mich unwohl dabei"			
stimmt ganz genau	4,67	1,63	(76)
stimmt ungefähr	4,43	1,48	(152)
stimmt eher nicht	3,97	1,60	(120)
stimmt überhaupt nicht	3,55	1,67	(100)

Ärzte mit größerer Furcht vor dem eigenen Sterben gaben auch häufiger Schwierigkeiten an, emotionale Distanz zum Leiden des Patienten zu wahren und die eigenen Gefühle im Umgang mit Sterbenden zu verarbeiten (Tabelle 63). Die beiden letztgenannten Schwierigkeiten hatten mit keiner der zuvor erwähnten Todesfurchtskalen in einem deutlichen Zusammenhang gestanden.

Tabelle 63: Zusammenhang zwischen der "Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen" (=F5) und dem emotionalen Befinden beim Aufklärungsgespräch bezüglich des Items "Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren" (a) (p=0,0068) und des Items "Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten" (b) (p=0,0001).

Emotionales Befindes beim Aufklärungsgespräch	F5 (höchster erreichbarer Skalenwert = 7)		
	$\bar{x}$	s	N
a) "Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren"			
stimmt ganz genau	4,57	1,54	(102)
stimmt ungefähr	4,14	1,61	(192)
stimmt eher nicht	3,83	1,67	(133)
stimmt überhaupt nicht	4,05	1,63	(41)
b) "Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten"			
stimmt ganz genau	4,58	1,59	(57)
stimmt ungefähr	4,37	1,67	(160)
stimmt eher nicht	4,08	1,53	(174)
stimmt überhaupt nicht	3,39	1,65	(61)

Aus den aufgeführten Zusammenhängen mit der "Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen" (F5) sowie mit der "Affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes" (F4) wurde deutlich: Das eigene Empfinden dem Sterben gegenüber beeinflußt das Verhältnis zum unheilbar kranken Patienten; eine Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen, also eine Furcht vor dem persönlichen Betroffensein vom Sterben, wirkt sich auf das Verhalten gegenüber dem unheilbar kranken Patienten aus; der Arzt mit der größeren Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben klärt einen Patienten vergleichsweise weniger oft und erst nach längerem Hinauszögern auf und hat größere emotionale Schwierigkeiten beim Gespräch mit diesem.

7.4.5 Gesamttodesfurchtskala

Die Skalen F1, F4, und F5 haben wir, wie oben beschrieben (siehe Abschnitt 6.5.1), als Gesamttodesfurchtskala zusammengefaßt. Zwar wurde die innere Konsistenz der Skala anhand einer Itemanalyse überprüft, dennoch bleibt die Skala "Gesamttodesfurcht" etwas Künstliches, da sie nicht genuin aus der Faktorenanalyse hervorging.

Als Zusammenfassung der Skalen F1, F4 und F5 zeigt die Gesamttodesfurchtskala ähnliche Zusammenhänge wie die drei genannten Einzelskalen. Wir verzichten daher darauf, die einzelnen Ergebnisse erneut tabellarisch darzustellen.

Auch die Gesamttodesfurcht nimmt mit zunehmender Niederlassungsdauer ab (p=0,0000). Größere Gesamttodesfurcht geht mit weniger häufigem Aufklären über Diagnose (p=0,0069) und Prognose (p=0,0034) einher und begünstigt ein häufigeres Hinauszögern des Aufklärungsgesprächs (p=0,0090). Darüber hinaus fühlen sich Ärzte mit höherer Gesamttodesfurcht unsicherer (p=0,0000) und unwohler (p=0,0000) beim

Hausbesuch eines unheilbar kranken Patienten und empfinden diesen Hausbesuch als weniger alltäglich (p=0,0000). Schwierigkeiten, emotionale Distanz zu wahren (p=0,0033) und eigene Gefühle zu verarbeiten (p=0,0090) koinzidieren ebenfalls mit einem höheren Wert auf der Gesamttodesfurchtskala.

Zusammenfassend bestätigen diese Ergebnisse die Auswirkung der Todesfurcht auf das ärztliche Aufklärungsverhalten bezüglich der untersuchten aktionalen und emotionalen Aspekte.

7.4.6 Emotionale Wertung des Wortes "Tod" im Semantischen Differential (SD)

Während wir uns bisher mit dem Verhalten des Arztes gegenüber dem unheilbar kranken Patienten im Zusammenhang mit der durch die Hensle-Skala erfragten Todesfurcht befaßten, interessieren uns nun die diesbezüglichen Beziehungen der emotionalen Wertung des Todes im Semantischen Differential. Wie bereits eingangs erwähnt, sollte mit dem Hensle-Fragebogen eher die präsente Einstellung zum Tod erfragt werden, während das Semantische Differential eher den unbewußten Bereich erfaßte.

Ärzte, die den Tod negativer werten, klären ihre Patienten nach eigenen Angaben auch vergleichsweise seltener über Diagnose und Prognose auf (Tabelle 64 a und b) und zögern das Aufklärungsgespräch häufiger hinaus (Tabelle 65).

Darüber hinaus finden Ärzte mit negativerer Wertung des Todes einen Hausbesuch bei einem unheilbar kranken Patienten weniger einem anderen Hausbesuch vergleichbar und fühlen sich unsicherer und unwohler im Umgang mit sterbenden Patienten (Tabelle 66 a bis c) als diejenigen Ärzte, die dem Tod in emotionaler Hinsicht positiver gegenüberstehen.

Tabelle 64 a+b: Zusammenhang zwischen der emotionalen Wertung des Wortes "Tod" im Semantischen Differential (=SD) und der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose (a) (p=0,0022) bzw. Prognose (b) (p=0,0055).

Häufigkeit des Aufklärens über	SD (höchster erreichbarer Skalenwert = 70) $\bar{x}$	s	N
a) Diagnose			
"immer"	45,61	10,78	(41)
"häufig"	44,00	10,65	(212)
"selten"	47,74	10,39	(181)
"nie"	48,94	12,78	(36)
b) Prognose			
"immer"	46,20	12,85	(24)
"häufig"	43,52	10,60	(150)
"selten"	47,00	9,91	(237)
"nie"	48,29	13,30	(62)

Tabelle 65: Zusammenhang zwischen der emotionalen Wertung des Wortes "Tod" im Semantischen Differential (=SD) und der Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs. (p=0,0098)

Häufigkeit des Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs	SD (höchster erreichbarer Skalenwert = 70) $\bar{x}$	s	N
"immer"	52,04	10,72	(23)
"häufig"	46,33	10,70	(156)
"selten"	45,33	10,45	(236)
"nie"	43,18	10,20	(45)

Tabelle 66 a-c: Zusammenhang zwischen der emotionalen Wertung des Wortes "Tod" im Semantischen Differential (=SD) und dem emotionalen Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar kranken Patienten bezüglich der Items "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch" (a) (p=0,0023), "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten" (b) (p=0,0002) und "Ich fühle mich unwohl dabei" (c) (p=0,0000).

Emotionales Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken bezüglich des Items	SD (höchster erreichbarer Skalenwert = 70)		
	x̄	s	N
a) "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch"			
stimmt ganz genau	40,88	10,80	(24)
stimmt ungefähr	43,19	10,12	(79)
stimmt eher nicht	45,67	10,30	(150)
stimmt überhaupt nicht	47,65	11,25	(162)
b) "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten"			
stimmt ganz genau	42,66	10,62	(122)
stimmt ungefähr	46,10	10,46	(233)
stimmt eher nicht	48,00	10,76	(71)
stimmt überhaupt nicht	51,08	11,03	(26)
c) "Ich fühle mich unwohl dabei"			
stimmt ganz genau	49,25	10,97	(71)
stimmt ungefähr	48,40	11,57	(150)
stimmt eher nicht	43,27	9,66	(120)
stimmt überhaupt nicht	43,01	9,81	(93)

Zusammengefaßt ergaben sich somit bezüglich der Todesfurcht und des Semantischen Differentials kohärente Zusammenhänge. Wie die durch den Fragebogen von Hensle erfaßte Todesfurcht zeigte auch die emotionale Wertung des Todes einen deutlichen Bezug zum Aufklärungsverhalten des Arztes. Eine eher negative emotionale Einschätzung des Todes von seiten des Arztes vermindert seine Aufklärungshäufigkeit, läßt ihn ein beabsichtigtes Aufklärungsgespräch häufiger hinauszögern und verstärkt das unwohle Gefühl sowie die emotionale Unsicherheit bei der Konfrontation mit dem unheilbar Kranken.

7.4.7 Externale Kontrolle, Internale Kontrolle

Neben den Auswirkungen der Todesfurcht untersuchten wir auch die Auswirkungen der Kontrollüberzeugungen auf das Verhalten des Arztes.

Wir stellten fest, daß Ärzte, die ihre Patienten immer über deren Diagnose aufklären, mit Abstand am wenigsten external kontrolliert sind, während Ärzte, die nie darüber aufklären, hohe externale Kontrolle zeigten (Tabelle 67). Ein entsprechender Zusammenhang bezüglich der Aufklärung über die Prognose fand sich nicht.

Tabelle 67: Zusammenhang zwischen externaler Kontrolle und der Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose. (p=0,0084)

Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose	External Kontrollüberzeugung (höchster erreichbarer Skalenwert = 96)		
	$\bar{x}$	s	N
"immer"	40,91	9,47	(45)
"häufig"	45,92	9,54	(201)
"selten"	45,76	8,71	(174)
"nie"	46,19	9,46	(36)

Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Aufklärens über die Diagnose und der externalen Kontrollüberzeugung fand seine Bestätigung darin, daß Ärzte, die in unserem Fallbeispiel dazu neigten, über die Bemerkung des Patienten hinwegzugehen und mit der Untersuchung fortzufahren, ebenfalls mit Abstand am stärksten external kontrolliert waren. Auch Ärzte, welche die Äußerung des Patienten bestreiten würden, um ihm Mut für die Zukunft zu machen, zeigten sich um einiges stärker external kontrolliert als Ärzte, die die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen würden (Tabelle 68).

Tabelle 68: Zusammenhang zwischen externaler Kontrolle und der Wahl einer Verhaltensalternative im Fallbeispiel. (p=0,0095)

Gewählte Verhaltensalternative im Fallbeispiel	Externale Kontrollüberzeugung (höchster erreichbarer Skalenwert = 96)		
	$\bar{x}$	s	N
Über Bermerkung des Patienten hinweggehen	51,47	11,51	(15)
Äußerung des Patienten bestreiten	47,11	10,70	(75)
Auf Bemerkung eingehen und zur Aufklärung nutzen	44,67	8,83	(359)
Der Ehefrau nahelegen, den Patienten aufzuklären	43,13	10,09	(8)

Ebenfalls am stärksten external kontrolliert waren solche Ärzte, die bei der Auswahl einer Richtlinie für Verhalten unheilbar Kranken gegenüber meinten, man solle nur dann einen solchen Patienten aufklären, wenn man selbst es für richtig halte. Im Gegensatz dazu waren Ärzte, die den Patienten in jedem Fall aufklären wollten, am wenigsten external kontrolliert (Tabelle 69).

Tabelle 69: Zusammenhang zwischen externaler Kontrolle und der Wahl einer Richtlinie für ärztliches Verhalten unheilbar Kranken gegenüber. (p=0,0059)

Gewählte Richtlinie für ärztliches Verhalten	Externale Kontrollüberzeugung (höchster erreichbarer Skalenwert = 96)		
	$\bar{x}$	s	N
Nur aufklären, wenn man selbst es für richtig hält	48,30	9,12	(80)
Nur aufklären, wenn Patient danach fragt	45,53	10,35	(78)
Bereitschaft signalisieren und aufklären, wenn Patient auf Angebot reagiert	44,49	9,06	(293)
In jedem Fall aufklären, unabhängig vom Wunsch des Patienten	40,62	7,65	(3)

Eine deutliche Beziehung fanden wir auch zwischen externaler Kontrollüberzeugung und dem emotionalen Befinden des Arztes beim Aufklärungsgespräch: Ärzte, die große Schwierigkeiten angaben, unheilbaren Patienten ihre Anteilnahme zu zeigen, wiesen den höchsten Wert an externaler Kontrollüberzeugung auf (Tabelle 70).

Tabelle 70: Zusammenhang zwischen externaler Kontrolle und der Schwierigkeit, beim Aufklärungsgespräch eines unheilbar Kranken Anteilnahme zu zeigen. (p=0,0000)

"Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen"	Externale Kontrollüberzeugung (höchster erreichbarer Skalenwert = 96)		
	$\bar{x}$	s	N
stimmt ganz genau	51,92	12,28	(13)
stimmt ungefähr	47,94	7,78	(49)
stimmt eher nicht	46,66	9,00	(131)
stimmt überhaupt nicht	42,69	8,45	(227)

Auch die internale Kontrollüberzeugung der Ärzte stand in Beziehung zu einigen Aspekten ihres Verhaltens: Ärzte, die im Hausbesuch bei einem unheilbar Kranken am ehesten einen Krankenbesuch wie jeden anderen sahen, waren am stärksten internal kontrolliert. Auch das Gefühl der Sicherheit beim Hausbesuch war bei den eher internal kontrollierten Ärzten am ausgeprägtesten (Tabelle 71).

Tabelle 71: Zusammenhang zwischen internaler Kontrolle und dem emotionalen Befinden beim Hausbesuch bezüglich der Items "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch" (a) (p=0,0028) und "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten" (b) (p=0,0000).

Emotionales Befinden beim Hausbesuch eines unheilbar Kranken bezüglich des Items	Internale Kontrollüberzeugung (höchster erreichbarer Skalenwert = 48)		
	$\bar{x}$	s	N
a) "Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch"			
stimmt ganz genau	39,93	5,58	(27)
stimmt ungefähr	36,94	4,58	(80)
stimmt eher nicht	36,81	4,34	(150)
stimmt überhaupt nicht	37,99	4,57	(168)
b) "Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten"			
stimmt ganz genau	39,10	4,75	(129)
stimmt ungefähr	37,11	4,28	(234)
stimmt eher nicht	35,94	4,36	(72)
stimmt überhaupt nicht	37,11	4,83	(28)

Zunächst schwierig zu interpretieren war der Zusammenhang zwischen internaler Kontrolle und dem Sprechen mit vertrauten Personen über Probleme beim Umgang mit sterbenden Patienten. Ärzte, die angaben, nie mit ihnen vertrauten Personen über dieses Thema zu sprechen, zeigten die höchste internale Kontrolle. Die zweithöchste internale Kontrolle zeigten aber dann solche Ärzte, die angaben, oft über dieses Thema zu sprechen (Tabelle 72). Wir werden auf dieses scheinbar paradoxe Ergebnis noch eingehen.

Tabelle 72: Zusammenhang zwischen internaler Kontrolle und der Häufigkeit des Sprechens über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben. (p=0,0020)

"Sprechen Sie mit Ihnen vertrauten Personen über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben, wie sie bei Ihrer ärztlichen Tätigkeit auftreten?"	Internale Kontrollüberzeugung (höchster erreichbarer Skalenwert = 48)		
	$\bar{x}$	s	N
"nie"	40,50	3,55	(8)
"fast nie"	36,36	4,32	(44)
"gelegentlich"	37,08	4,84	(308)
"oft"	38,57	4,31	(127)

Auch als wir die Beziehungen zwischen internaler Kontrolle und der Schwierigkeit, gefühlsmäßige Distanz zu wahren, betrachteten, fiel auf, daß solche Ärzte die höchste internale Kontrolle zeigten, die der Aussage über vorhandene Schwierigkeiten, gefühlsmäßige Distanz zu wahren, ganz zustimmten; den zweithöchsten internalen Wert wiesen aber dann wiederum diejenigen Ärzte auf, die diese Aussage ganz ablehnten. Ärzte, die "stimmt ungefähr" oder "stimmt eher nicht" ankreuzten, waren am wenigsten internal kontrolliert (Tabelle 73).

Tabelle 73: Zusammenhang zwischen internaler Kontrolle und der Schwierigkeit, beim Aufklärungsgespräch mit einem unheilbar Kranken gefühlsmäßige Distanz zu wahren. (p=0,0001)

"Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren"	Internale Kontrollüberzeugung (höchster erreichbarer Skalenwert = 48)		
	$\bar{x}$	s	N
stimmt ganz genau	39,07	5,03	(100)
stimmt ungefähr	36,69	4,57	(191)
stimmt eher nicht	36,90	4,56	(132)
stimmt überhaupt nicht	38,77	3,91	(40)

Bei beiden beschriebenen Varianzanalysen (Tabellen 72 und 73) wurden also jeweils die Extremantworten, im ersten Fall "nie" und "oft", im zweiten Fall "stimmt ganz genau" und "stimmt überhaupt nicht", von Ärzten mit höherer internaler Kontrolle angekreuzt, während das Mittelfeld von Ärzten mit geringerer internaler Kontrolle gewählt wurde. Schon in Tabelle 71 war diese Tendenz erkennbar, wo ebenfalls die Extremantworten von den stärker internal Kontrollierten gewählt wurden. Stärker internal Kontrollierte scheinen somit eine eindeutigere Entscheidung für oder gegen eine Aussage zu treffen.

Wenn auch die deutlichen Zusammenhänge der internalen und externalen Kontrolle zum Verhalten dem unheilbar kranken Patienten gegenüber weniger eindrucksvoll sind, läßt sich doch zusammenfassend sagen, daß eher external kontrollierte Ärzte weniger häufig über die Diagnose aufklären und ein stärkeres Vermeidungsverhalten gegenüber dem Aufklärungsgespräch zu erkennen geben. Ein Zusammenhang zwischen internaler Kontrollüberzeugung und der Häufigkeit des Aufklärens über Diagnose und Prognose bzw. dem Aufklärungsverhalten im Fallbeispiel ließ sich nicht nachweisen. Hier fanden wir allenfalls ein stärkeres Sicherheitsempfinden im Umgang mit sterbenden Patienten.

7.5 t-Tests zum Zusammenhang zwischen Ausbildungsschwerpunkten bzw. Aufklärungsbeweggründen und Kontrollüberzeugungen bzw. Todesfurcht

In Frage 4 des eigenen Frageninventars zum Aufklärungsverhalten erkundeten wir die Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten, die die Ärzte zum Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten für den Umgang mit unheilbar kranken Patienten nutzen. In Frage 10 hingegen wollten wir die Kriterien erfahren, welche die Ärzte zur Aufklärung eines unheilbar kranken Patienten über dessen Prognose bewegen. Bei beiden Items war die Möglichkeit zu Mehrfachankreuzungen gegeben.

Um eine Zuordnung zu den verwandten Todesfurchtskalen sowie zur IPC-Skala zu ermöglichen, führten wir t-Tests durch (siehe Abschnitt 6.5.2). Auch hier handelt es sich um Signifikanzen im deskriptiven Sinne (siehe Abschnitt 6.5.3). Die Tabellen zu den t-Tests geben jeweils die Zellenmittelwerte ($\bar{x}$), die Standardabweichungen (s) sowie die jeweilige Anzahl antwortender Ärzte (N) an.

Es fand sich, daß praxisorientierte Ausbildungskurse zum Umgang mit unheilbar kranken Patienten besonders von Ärzten mit starker internaler Kontrolle besucht werden. Darüber hinaus gaben Ärzte mit ausgeprägterer internaler Kontrolle auch häufiger anderweitige Möglichkeiten zum Erwerb von entsprechenden Kenntnissen und Fertigkeiten an als die von uns genannten (Tabelle 74).

Tabelle 74: Zusammenhang zwischen der Wahl der Ausbildungsmöglichkeiten zum Umgang mit Sterbenden und der internalen Kontrolle.

Möglichkeiten der Ausbildung zum Umgang mit Sterbenden	Mittelwert der internalen Kontrolle (höchster erreichbarer Skalenwert = 48) bei					
	Ankreuzung			Nicht-Ankreuzung		
	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N
praxisorientierte Ausbildungskurse (p=0,000)	40,48	4,73	(42)	37,18	4,61	(445)
anderweitige Möglichkeiten (p=0,007)	39,05	4,71	(57)	37,25	4,67	(430)

Die Kontrollüberzeugungen zeigten darüber hinaus keinen Zusammenhang mit den Ausbildungsschwerpunkten und der Nennung von Faktoren, die für Aufklärung sprechen.

Bezüglich der Todesfurchtskala F2 ("Beschäftigung mit dem Tod") fanden wir, daß Ärzte, die sich häufiger mit dem Tod beschäftigen, häufiger angaben, am Vorbild von Kollegen gelernt zu haben, und deutlich seltener an praxisorientierten Ausbildungskursen teilnahmen (Tabelle 75). Darüber hinaus gaben sie als Beweggründe für die Aufklärung auffällig häufiger die Faktoren "emotionale Stabilität", "emotionale Unterstützung durch die Familie" sowie "religiöse Bindung" an (Tabelle 76).

Tabelle 75: Zusammenhang zwischen der Wahl von Ausbildungsmöglichkeiten zum Umgang mit Sterbenden und der Beschäftigung mit dem Tod (=F2).

Möglichkeiten der Ausbildung zum Umgang mit Sterbenden	F2 (höchster erreichbarer Skalenwert = 11) bei					
	Ankreuzung			Nicht-Ankreuzung		
	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N
Vorbild von Kollegen (p=0,003)	6,01	2,43	(136)	5,27	2,46	(347)
praxisorientierte Ausbildungskurse (p=0,008)	4,54	2,33	(43)	5,58	2,47	(440)

Tabelle 76: Zusammenhang zwischen der Wahl von Aufklärungsbeweggründen und der Beschäftigung mit dem Tod (=F2).

Wahl von Beweggründen zur Aufklärung	F2 (höchster erreichbarer Skalenwert = 11) bei					
	Ankreuzung			Nicht-Ankreuzung		
	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N
emotionale Stabilität (p=0,001)	5,87	2,48	(232)	5,13	2,40	(251)
emotionale Unterstützung durch die Familie (p=0,000)	6,10	2,44	(199)	5,06	2,40	(284)
religiöse Bindung (p=0,007)	5,83	2,42	(212)	5,21	2,48	(271)

Bezüglich der Skala F4 ("Affektive Abwehr und Ablehnung des Todes, die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren") wurde erkennbar, daß Ärzte mit höherer affektiver Ablehnung des Todes seltener angaben, durch das Vorbild von Kollegen gelernt zu haben (Tabelle 77) und weniger häufig emotionale Stabilität, emotionale Unterstützung durch die Familie sowie religiöse Bindung als Faktoren ansahen, die für die Aufklärung eines Unheilbaren sprechen (Tabelle 78).

Tabelle 77: Zusammenhang zwischen der Wahl des Vorbilds von Kollegen als mögliche Ausbildung zum Umgang mit Sterbenden und der affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes (=F4).

Möglichkeit der Ausbildung zum Umgang mit Sterbenden	F4 (höchster erreichbarer Skalenwert = 9) bei					
	Ankreuzung			Nicht-Ankreuzung		
	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N
Vorbild von Kollegen (p=0,003)	1,09	1,25	(137)	1,50	1,63	(355)

Tabelle 78: Zusammenhang zwischen der Wahl von Aufklärungsbeweggründen und der affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes (=F4).

Wahl von Beweggründen zur Aufklärung	F4 (höchster erreichbarer Skalenwert = 9) bei					
	Ankreuzung			Nicht-Ankreuzung		
	$\bar{x}$	s	N	$\bar{x}$	s	N
emotionale Stabilität (p=0,000)	1,11	1,27	(236)	1,63	1,72	(255)
emotionale Unterstützung durch die Familie (p=0,002)	1,14	1,18	(204)	1,56	1,74	(287)
religiöse Bindung (p=0,000)	1,09	1,34	(219)	1,62	1,65	(272)

Die Skalen F1 ("Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes") und F5 ("Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen") standen in keinerlei Beziehung zur Wahl der Ausbildungsmöglichkeiten und zur Wahl der Aufklärungsbeweggründe. Zusammengefaßt lassen die genannten Ergebnisse erkennen: die Persönlichkeit des Arztes und seine Todesfurcht nehmen auch auf die Wahl der Ausbildungsmöglichkeiten Einfluß; die angstvolle Beschäftigung mit dem Tod sowie die affektive Ablehnung des Todes haben darüber hinaus einen nicht zu unterschätzenden Einfluß darauf, welche Faktoren der Arzt als relevante Argumente für eine Aufklärung gelten läßt.

7.6 Pearson-Korrelationen zum Zusammenhang zwischen Todesfurcht und externaler/internaler Kontrolle

Nachdem bisher Zusammenhänge der Todesfurcht bzw. der Kontrollüberzeugungen mit dem Informationsverhalten des Arztes beleuchtet wurden, sollen die folgenden Überlegungen ärztlicher Todesfurcht und Kontrollüberzeugungen in ihrer wechselseitigen Beziehung gelten. Wie in Abschnitt 4.2 aufgeführt, wurden im amerikanischen Bereich "death anxiety" und "locus of control" bereits oft miteinander korreliert. Um zu erfahren, ob ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen auch bei Ärzten besteht, unterzogen wir die aus den einzelnen Todesfurchtskalen, dem Semantischen Differential und den zwei von uns verifizierten Skalen des IPC-Fragebogens gewonnenen Daten einer Korrelationsanalyse nach Pearson (siehe Abschnitt 6.5.2). Auch die hier angeführten Signifikanzen haben zunächst deskriptiven Charakter (siehe Abschnitt 6.5.3).

Bereits zwischen der Gesamttodesfurchtskala, welche die Faktoren F1, F4 und F5 beinhaltet, und der externalen Kontrolle bestand ein sehr deutlicher Zusammenhang (p=0,008), wenn auch mit geringem Korrelationskoeffizienten (r=0,13). Wie erwartet offenbaren external kontrollierte Ärzte eher eine höhere Todesfurcht. Zwischen internaler Kontrolle und der Gesamttodesfurcht ist dagegen kein auffälliger Zusammenhang erkennbar.

Betrachtet man nun die aus der Faktorenanalyse gewonnenen Einzelskalen des Todesfurchtfragebogens in Zusammenhang mit der externalen und internalen Kontrolle, korreliert zunächst internale Kontrolle geringfügig (r=-0,12) wenn auch sehr deutlich (p=0,010) mit dem "Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes" (Skala F1). Ärzte mit stärkeren internalen Kontrollüberzeugungen stehen dem Tod somit gelassener gegenüber und akzeptieren ihn mehr als integralen Bestandteil ihres Lebens. Eine statistisch verwertbare Korrelation zwischen dem Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes und der externalen Kontrolle ist allerdings nicht nachzuweisen.

Die "Beschäftigung mit dem Tod" (Skala F2) hängt sehr deutlich mit internaler Kontrolle zusammen. Ärzte mit stärker internaler Kontrolle denken eher weniger an den Tod (r=-0,17/p=0,000). Da sie sich in ihrem Dasein weniger als vom Tod bedroht empfinden (siehe oben), scheint es verständlich, daß sie sich auch weniger oft mit dem Tod befassen, zumal die Beschäftigungs-Items des Todesfurchtfragebogens inhaltlich weitgehend einer eher angstbetonten Beschäftigung mit dem Tod entsprechen. Ein deutlicher Einfluß der externalen Kontrolle auf die Beschäftigung mit dem Tod besteht jedoch nicht.

Der "Glaube an ein Jenseits" (Skala F3) korreliert zwar nicht mit der Internalität, erbringt aber einen sehr deutlichen Bezug zur externalen Kontrolle (r=0,13/p=0,006): Ärzte mit externalen Kontrollüberzeugungen glauben stärker an die Existenz eines Jenseits.

Die "Affektive Abwehr und Ablehnung des Todes (die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren)" (Skala F4) steht in keinem Zusammenhang zur internalen Kontrolle, korreliert aber positiv (r=0,19/p=0,000) mit der externalen Kontrolle. External kontrollierte Ärzte lehnen den Tod vergleichsweise stärker gefühlsmäßig ab mit einer daraus resultierenden größeren Unsicherheit im Umgang mit Sterbenden. Diesem Ergebnis entspricht auch eine

Beziehung zwischen externaler Kontrolle und der "Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen" (=F5) mit einer vergleichsmäßig hohen Korrelation (r=0,25) und einer sehr hohen Deutlichkeit (p=0,0000). External kontrollierte Ärzte zeigen sich somit viel stärker beunruhigt über die Begleitumstände des eigenen Sterbens und den Tod ihrer nächsten Mitmenschen.

Ein Zusammenhang zwischen der emotionalen Wertung des Todes im Semantischen Differential und den Kontrollüberzeugungen war nicht nachzuweisen.

Einen Überblick über die angeführten Korrelationen gibt Tabelle 79.

Tabelle 79: Zusammenhang zwischen Todesfurcht und Kontrollüberzeugungen.

Todesfurchtfaktor	Sitz der Kontrollüberzeugung	Korrelation (r=)	Signifikanz (p=)
Gesamttodesfurchtfaktor	internal	-	-
(F1 + F4 + F5)	external	0,13	0,008
Ausmaß der Betroffenheit von der	internal	-0,12	0,010
Realität des Sterbens und des Todes (F1)	external	-	-
Beschäftigung mit dem Tod (F2)	internal	-0,17	0,000
	external	-	-
Jenseitsglauben (F3)	internal	-	-
	external	0,13	0,006
affektive Abwehr und Ablehnung	internal	-	-
des Todes (F4)	external	0,19	0,000
Besorgnis gegenüber dem eigenen	internal	-	-
Sterben und dem Verlust von Angehörigen (F5)	external	0,25	0,000
emotionale Wertung des Todes (SD)	internal	-	-
	external	-	-

Anhand der soeben beschriebenen Ergebnisse erkennen wir deutlich, daß der external kontrollierte Arzt eine ängstlichere Einstellung dem Tod gegenüber hat, während der internal kontrollierte Arzt den Tod gelassener sieht.

Betrachten wir diese Ergebnisse unter Berücksichtigung der oben beschriebenen Varianzanalysen (Abschnitt 7.4) zwischen Todesfurcht, externaler/internaler Kontrolle und dem Verhalten gegenüber sterbenden Patienten, so wird zusammengefaßt deutlich: Der Arzt, dem das Aufklärungsgespräch schwerer fällt, besitzt eine größere Todesfurcht und hat eine eher externale Kontrollüberzeugung. Die unabhängige Persönlichkeitsvariable externaler/internaler Kontrolle steht in einem sehr deutlichen Zusammenhang zur Todeseinstellung der Ärzte, wenn auch das Ausmaß dieser Beziehung nicht sehr ausgeprägt ist (maximale Korrelation r=0,25).

Zum Abschluß muß noch ein sehr auffälliger Zusammenhang zwischen der Todesfurchtskala (F1, F4 und F5) und der emotionalen Wertung des Todes im Semantischen Differential (SD) hervorgehoben werden. Die Todesfurchtskala als Methode zur Erfassung der eher kognitiven Seite und das Semantische Differential zur Erfassung der eher emotionalen Seite der Todesfurcht korrelierten sehr stark (0,59) miteinander. Ärzte, die in der Todesfurchtskala hohe Werte zeigten, verbanden den Tod auch gefühlsmäßig mit negativen Attributen wie z.B. "bitter", "feindlich", "schrecklich" und "häßlich". Die Korrelation der beiden Skalen könnte eine Beleg für die Validität der Todesfurchtskala von Hensle sein. Nicht nur die Gesamtskala sondern auch die Einzelskalen F1, F4 und F5 weisen sehr deutliche Korrelationen zum Semantischen Differential auf (Tabelle 80).

Tabelle 80: Zusammenhang zwischen den Faktoren der Todesfurcht und der emotionalen Wertung des Wortes "Tod" im Semantischen Differential.

Todesfurchtfaktor	Korrelation mit der emotionalen Wertung des Todes	
	Korrelation (r=)	Signifikanz (p=)
Gesamttodesfurcht (F1 + F4 + F5)	0,59	0,000
Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes (F1)	0,53	0,000
Beschäftigung mit dem Tod (F2)	-	-
Jenseitsglaube (F3)	-0,17	0,000
affektive Abwehr und Ablehnung des Todes (F4)	0,46	0,000
Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen (F5)	0,32	0,000

7.7 Signifikanzberechnung nach Bonferroni-Holm

Tabelle 81 gibt eine Übersicht über die überprüften Zusammenhänge. Wie aus Abschnitt 6.5.4 hervorgeht, war es notwendig, die am stärksten interessierenden Ergebnisse mit dem Signifikanztest nach Bonferroni-Holm zu prüfen.

Tabelle 81: Mit dem Bonferroni-Holm-Verfahren überprüfte Zusammenhänge. (Die mit * bezeichneten Irrtumswahrscheinlichkeiten hielten der Überprüfung stand.)

Todesfurchtfaktor	Internalität	Externalität	Häufigkeit d. Aufklärens über die Prognose	Häufigkeit d.Hinauszögerns eines Aufklärungsgesprächs
Gesamttodesfurcht	-	r=0,13 p=0,008		
Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes (F1)	r=-0,12 p=0,010	-		
Beschäftigung mit dem Tod (F2)	r=-0,17 p=0,000*	-		
affektive Abwehr und Ablehnung des Todes (F4)	-	r=0,19 p=0,000*	(Varianzanalyse) p=0,0013*	(Varianzanalyse) p=0,0003*
Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen (F5)	-	r=0,25 p=0,000*		

Wir legten dem Bonferroni-Holm-Verfahren eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % zugrunde (α = 0,05). Bei einer Anzahl von k zu überprüfenden Korrelationen, betrug die Überschreitungswahrscheinlichkeit $\frac{\alpha}{k}$.

Übertragen auf die von uns zu überprüfenden Ergebnisse erhielten wir eine Überschreitungswahrscheinlichkeit von $\frac{\alpha}{k} = \frac{0,05}{12} = 0,0042$ im

ersten Schritt. Alle Signifikanzen, die unter 0,0042 lagen, hielten somit der Überprüfung stand. Sie sind in Tabelle 81 mit einem * versehen. Insgesamt handelt es sich um 5 Korrelationen. In einem zweiten Schritt sind die verbleibenden Überschreitungswahrscheinlichkeiten mit $\frac{0,05}{7}$ = 0,0071 zu vergleichen. Da keine der restlichen Überschreitungswahrscheinlichkeiten unter 0,0071 lagen, mußte das Bonferroni-Holm-Verfahren hier abgebrochen werden.

Die Korrelationen zwischen dem "Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes" (F1) und der internalen Kontrolle sowie zwischen der Gesamttodesfurcht und der externalen Kontrolle konnten nach Durchführung des Bonferroni-Holm-Verfahrens nicht als signifikant bezeichnet werden. Folgende fünf Ergebnisse können aber zusammenfassend als signifikant bestätigt werden:

1. Ärzte mit eher externalen Kontrollüberzeugungen zeigen eine stärkere affektive Abwehr und Ablehnung des Todes.

2. Ärzte mit eher externalen Kontrollüberzeugungen zeigen eine größere Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen.

3. Ärzte mit eher internalen Kontrollüberzeugungen beschäftigen sich weniger häufig mit dem Tod.

4. Ärzte mit größerer affektiver Abwehr und Ablehnung des Todes klären ihre Patienten nach eigenen Angaben weniger häufig über deren Prognose auf.

5. Ärzte mit größerer affektiver Abwehr und Ablehnung des Todes zögern geplante Aufklärungsgespräche nach eigenen Angaben häufiger länger als beabsichtigt hinaus.

8. Diskussion

Zentrales Anliegen der vorliegenden Arbeit sind Aspekte der Todesfurcht bei niedergelassenen Ärzten. Sie versteht sich somit als Beitrag zum mittlerweilen sehr umfangreichen Gebiet der Thanatopsychologie. Es erschien uns weniger interessant, Unterschiede im Ausmaß der Todesfurcht zwischen Ärzten und einer repräsentativen Bevölkerungsgruppe zu untersuchen (obwohl sicherlich die Annahme einer höheren Todesfurcht bei Ärzten im Vergleich zur Normalbevölkerung noch weiterer empirischer Untersuchungen bedarf). Unser Interesse galt vielmehr der Todesfurcht als von der Persönlichkeit eines jeden Arztes beeinflußte und dessen Verhalten beeinflussende Variable. Eine Arbeit mit diesem Hauptaugenmerk lag bis zum Beginn unserer Untersuchung nicht vor. Die bereits oben erwähnten Studien und theoretischen Schriften (siehe Abschnitt 1.2, 2.1, 2.2 und 4.2) beinhalten andere Aspekte ärztlichen Umgangs mit dem Tod und ärztlicher Todeseinstellung, als die uns interessierenden Beziehungen zwischen Todesfurcht, Persönlichkeitsmerkmalen und ärztlichem Verhalten dem Sterbenden gegenüber. Dennoch bedürfen die erzielten Ergebnisse unserer Arbeit einer Einordnung in die vorhandene Literatur zum Thema.

Die von uns erreichte Rücklaufquote von fast 50 % war unerwartet hoch. Andere Untersuchungen zu todesbezogenen Themen scheiterten oft an mangelnder Bereitschaft der Ärzte, die vorgelegten Fragen zu beantworten. So beteiligten sich an einer Untersuchung von Caldwell und Mishara (1972) zum Informationsverhalten lediglich knapp 18 % der angesprochenen Ärzte, obwohl nur ein sehr kurzer Fragebogen zu beantworten war. Die Rücklaufquote einer Untersuchung von Peretz et al. (1971) zur Trauer und deren Begleiterscheinungen belief sich nur auf 14,6 %. Die hohe Beteiligung an unserer Untersuchung war umso erstaunlicher, als der von uns vorgelegte Fragebogen dem beantwortenden Arzt einiges an Zeit und Mühe abverlangt hatte (Umfang von 12 DIN A 4 - Seiten). Zur Erklärung der guten Beteiligung an unserer Untersuchung muß neben der wohl motivationssteigernden Wirkung des

Anschreibens vor allem die Wichtigkeit und Aktualität unseres Themas für die niedergelassenen Ärzte angesehen werden. Allerdings hielten nach Beantwortung des Fragebogens nur 70 % der Respondenten unsere Untersuchung für sinnvoll. Aus den kritischen Anmerkungen, für die wir auf der letzten Seite des Fragebogens Raum gelassen hatten, ergab sich, daß die unserer Untersuchung ablehnend gegenüberstehenden Ärzte vor allem am "multiple choice"-Charakter der Fragen Anstoß nahmen. Sie vermissten eine philosophische bzw. theologische Ausrichtung der Fragen zum Thema und äußerten sich besonders kritisch über den Hensle-Fragebogen, den IPC-Fragebogen von Krampen und das Semantische Differential, deren Sinn und Zweck ihnen unverständlich blieb und notwendigerweise bleiben mußte. Aufgrund unseres Anschreibens erwarteten vermutlich viele Ärzte eine umfassende Befragung zum ärztlichen Umgang mit Tod und Sterben und waren daher überrascht, Fragen zur persönlichen Einstellung zum Tod oder sogar Fragen zum Kontrollverhalten vorzufinden. Die wirkliche Absicht unserer Befragung - die Interkorrelation von Kontrollüberzeugungen, Todesfurcht und Aufklärungsverhalten - hatten wir im Anschreiben bewußt verschwiegen, um eine Beeinflussung bei der Beantwortung der Fragen in Richtung sozialer Erwünschtheit möglichst zu vermeiden.

Bevor wir uns den Wechselwirkungen zwischen Todesfurcht und den Variablen des Aufklärungsverhaltens zuwenden, wollen wir zunächst das von uns erfaßte Aufklärungsverhalten für sich kurz beleuchten. Die Ärzte in unserer Stichprobe klären nach eigener Aussage ihre unheilbaren Patienten zu 43,8 % immer oder häufig über die Diagnose und zu 37,4 % immer oder häufig über die Prognose des zugrundeliegenden Leidens auf. Wie aus dem Vergleich mit amerikanischen Studien zum Informationsverhalten hervorgeht, klären die von uns befragten Ärzte nicht so häufig auf, wie ihre Kollegen in den Vereinigten Staaten. Noyes et al. (1977) fanden beispielsweise, daß 61 % der von ihnen befragten Ärzte häufig oder immer aufklären. Bei Novack (1979) erklärten sich sogar 79 % der Ärzte als Aufklärungsbefürworter (siehe Abschnitt 1.2). Allerdings hat gerade im Bereich des Aufklärungsverhaltens die Art der Fragestellung

einen nicht unerheblichen Einfluß auf das Ergebnis. So entschieden sich in unserer Untersuchung, gefragt nach einer Richtlinie für ärztliches Verhalten beim Aufklärungsgespräch, immerhin 64,8 % der Ärzte für die beiden Regeln, welche einer grundsätzlichen Befürwortung der Aufklärung entsprechen. Das Aufklärungsverhalten stellte sich somit unterschiedlich dar, je nachdem, ob wir nach der Häufigkeit des Aufklärens oder nach einer allgemeinen theoretischen Richtlinie zum Aufklärungsverhalten fragten. Die Ärzte scheinen häufiger einstellungsmäßig (64,8 %) zur Aufklärung bereit zu sein, als sie diese tatsächlich in ihrer Praxis (43,8 % bzw. 37,4 %) verwirklichen können. Bei der Konfrontation mit einer Kasuistik, in der Persönlichkeit, Verhalten und soziales Umfeld des unheilbar kranken Patienten eine Aufklärung erleichterten, neigten sogar 77,7 % der Befragten zur Aufklärung. Diese Divergenz der Ergebnisse in Abhängigkeit von der Fragestellung, die schon innerhalb derselben Untersuchung in Erscheinung tritt, erschwert einen direkten Vergleich mit anderen Untersuchungen. Zugleich werden dadurch aber auch bisher durchgeführte Umfragen zum Aufklärungsverhalten relativiert.

Den Nachweis, daß unheilbar kranke Patienten eher über ihre Diagnose als über ihre Prognose vollständig aufgeklärt werden, erbrachte bereits Raspe (1977). Allerdings erweist sich die Frage nach der Aufklärung über die Prognose bei näherem Hinsehen als besonders problematisch (Meister 1984), da unklar bleibt, was die Prognosestellung im einzelnen beinhaltet. Unter einer Aufklärung über die Prognose könnten vom Arzt auch Voraussagen darüber verstanden werden, wie lange genau der betreffende Patient noch zu leben habe. Wenn die Aufklärung über die Art einer Erkrankung (Diagnose) bereits miteinschließt, daß diese bei den zur Verfügung stehenden therapeutischen Mitteln unheilbar ist, so sollte sich unserer Auffassung nach der Arzt nicht zu Zahlenangaben über noch zu lebende Wochen oder Monate verleiten lassen, was medizinisch meist gar nicht möglich ist. White meint hierzu: "I regard this as an effort on the part of the physician to pretend to a mastery that he doesn't posess, to pretend to a certainty of the future that

would make a fortune teller blush" (White 1977, S. 103). Aus diesen Überlegungen wird sicherlich verständlich, weshalb die von uns angeschriebenen Ärzte häufiger angaben, über die Diagnose als über die Prognose aufzuklären. Einige Ärzte (N = 4) merkten auch handschriftlich auf dem Fragebogen an, daß sie eine exakte Mitteilung über den noch zu lebenden Zeitraum für unmenschlich und unnötig hielten.

Befragt nach den emotionalen Schwierigkeiten beim Aufklärungsgespräch und im Umgang mit unheilbar kranken Patienten, gaben 50,9 % der antwortenden Ärzte zu, sich beim Hausbesuch eines unheilbar kranken Patienten unwohl zu fühlen; 63,0 % fällt es schwer, bei der Aufklärung eines Patienten gefühlsmäßige Distanz zu wahren. Darüber hinaus gaben 36,6 % der Ärzte an, ein Aufklärungsgespräch häufig oder immer länger als beabsichtigt hinauszuzögern. Die Ergebnisse deuten auf ein Fehlen des so oft verlangten affektiven Gleichgewichts (Abraham und Garrone 1975) und ein Mißlingen der Unterweisung zum "detached concern" (Lief und Fox 1963, siehe Abschnitt 1.2) hin. Als Ursache dafür, daß der Umgang mit Sterbenden als unangenehm empfunden wird, führt Meyer an: "Faced by the gravely ill or dying patient the counterphobic doctor may feel personally vulnerable again" (Meyer 1977, S. 45). Trotz der zugegebenen emotionalen Schwierigkeiten fühlen sich fast 80 % der Ärzte aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesen Patienten. Die von uns untersuchten Ärzte verfügen somit über eine routinierte professionelle Sicherheit, die dem oben dargestellten persönlichen emotionalen Empfinden und Betroffensein nicht entspricht. Dabei bleibt bemerkenswert, daß die Art des Umgangs mit dem Sterbenden hauptsächlich aus eigener Erfahrung erwächst (95 % geben diese als Weg zur Erlangung von Kenntnissen und Fertigkeiten zum Umgang mit unheilbar kranken Patienten an), ohne daß eine ausreichende theoretische oder praktische Vorbildung erfolgt wäre. Bei nur 12,6 % wurde das Problem des sterbenden Patienten in Vorlesungen oder Praktika während des Medizinstudiums behandelt, nur 16,8 % besuchten theoretische Fortbildungsseminare zu diesem Thema, an praxisorientierten Ausbildungskursen nahmen nur 8,9 % teil. Ein

Erfahrungsaustausch mit anderen Kollegen erfolgte dabei nur bei etwas mehr als einem Drittel der Ärzte, wobei einen intensiven Austausch in Form von Balint-Gruppen nur 5,5 % der Ärzte erfahren haben. Aus den bis jetzt angeführten Ergebnissen ergibt sich in der Gesamtsicht ein Bild des Arztes als eines professionellen "Einzelkämpfers" mit verschwiegenen emotionalen Nöten. Wie bereits beim ersten Kontakt mit dem Tod im Anatomiepraktikum von ihm erwartet wird (siehe Schneider 1984), hält er eigene Gefühle zurück und verdrängt sie; "... the doctor will often conceil his own fear of pain and death behind his prerogative to be 'objective' or 'scientific'" (Kasper 1959, S. 262).

Sehr ausgeprägt ist dieser Widerspruch zwischen Routine und persönlichem Betroffensein besonders bei länger niedergelassenen Ärzten (siehe Abschnitt 7.3.1). Bei diesen sehen wir, daß sie weniger häufig als kürzer niedergelassene Ärzte unheilbare Patienten über deren Diagnose aufzuklären bereit sind, sich aber häufiger im Umgang mit diesen Patienten sicher fühlen. Auf ihre emotionale Befindlichkeit angesprochen, geben sie häufiger Schwierigkeiten an, ihre eigenen Gefühle beim Aufklärungsgespräch zu verarbeiten, als weniger lang niedergelassene Ärzte. Ältere Ärzte scheinen noch stärker in einer Tradition zu stehen, die sie zu einer objektiven Gelassenheit verpflichtet. Ihrer Vorstellung nach verlangt die Rolle des Arztes von ihnen, nach außen ein affektives Gleichgewicht zu zeigen, das der möglicherweise großen inneren Betroffenheit über das Schicksal des Patienten und der gefühlsmäßigen Identifizierung mit diesem nicht entspricht.

Wie wir anhand von Kontingenzanalysen (siehe Abschnitt 7.3) zeigen konnten, zeichnen sich Ärzte, die häufiger ihre Patienten aufklären, dadurch aus, daß sie beim Aufklärungsgespräch aufkommende Gefühle eher verarbeiten können (Tab. 40). Sie zögern weniger häufig Aufklärungsgespräche länger als beabsichtigt hinaus (Tab. 30) und fühlen sich auch weniger unwohl beim Hausbesuch eines unheilbaren Patienten

(Tab. 36). Ergänzend geben Ärzte, welche im Fallbeispiel die Äußerung des Patienten bestreiten würden, größere Schwierigkeiten an, Anteilnahme zu zeigen (Tab. 42). Ein eher ausgeglichenes emotionales Empfinden beim Umgang mit unheilbaren Patienten geht mit häufigerem Aufklären einher. "Ein solches Gespräch (mit dem Sterbenden) zu führen heißt, mit dem eigenen Sterben konfrontiert zu werden und dieser Konfrontation aus eigenen Angst- und Schuldgefühlen nicht ausweichen zu müssen" (Agosti 1975, S. 280). Der Arzt, der besser mit seinen Gefühlen umgehen kann, scheint den seelischen Anforderungen eines Aufklärungsgesprächs eher gewachsen zu sein.

Ein Arzt, welcher auch der gedanklichen Konfrontation mit dem Sterben nicht ausweicht, indem er z.B. mit Freunden oder Angehörigen über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben spricht, zeigt sich in vorliegender Untersuchung ebenfalls als derjenige, der häufiger aufklärt, das Aufklärungsgespräch seltener hinauszögert und sich beim Umgang mit dem Sterbenden weniger unwohl fühlt (siehe Abschnitt 7.3.2). Ärzte, die an Balint-Gruppen teilnehmen, in denen sie sich mit der Problematik der Arzt-Patient-Beziehung auseinandersetzen, geben die geringsten Schwierigkeiten im emotionalen Bereich beim Umgang mit dem sterbenden Patienten an (siehe Abschnitt 7.3.5). Offenheit gegenüber der Problematik des Todes und Sterbens wirkt sich somit günstig auf die Beziehung zum Patienten aus. Auch Artiss und Levine (1973) beschrieben, daß der Arzt, welcher sich Gedanken über Leben und Sterben macht, effektiver mit dem Patienten kommunizieren kann. Bloch (1976) betrachtete die Fähigkeit, über Probleme und Ängste reden zu können, sogar als Grundvoraussetzung für den Umgang mit dem sterbenden Patienten.

Für die in der Literatur oft dargestellte Beziehung zwischen Aufklärungsverhalten und eigenem Empfinden konnte somit bereits unser eigenes Frageninventar zum Aufklärungsverhalten Belege erbringen. Zur näheren Erklärung dieses Zusammenhangs wenden wir uns im folgenden der Beziehung zwischen Todesfurcht und Informationsverhalten zu.

Die Todesfurcht des Arztes mit ihrer kognitiven (eher erfaßt durch die Todesfurchtskala von Hensle) und ihrer emotionalen Komponente (erfaßt durch das Semantische Differential von Potthoff) steht in einer statistisch nachweisbaren Beziehung zu den oben beschriebenen Parametern des Aufklärungsverhaltens und des emotionalen Befindens im Umgang mit dem unheilbar Kranken (siehe Abschnitt 7.4). Ärzte mit höherer affektiver Abwehr und Ablehnung des Todes und größerer Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen klären ihre Patienten signifikant weniger häufig über die Prognose auf und zögern ein Aufklärungsgespräch signifikant öfter länger als beabsichtigt hinaus. Auch eine negative Wertung des Wortes "Tod" im Semantischen Differential geht mit einer deutlich geringeren Aufklärungshäufigkeit und einer zögernderen Haltung in der Durchführung eines Aufklärungsgespräches einher.

Bei einem höheren Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes, einer größeren affektiven Abwehr und Ablehnung des Todes, einer größeren Besorgnis gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen sowie bei einer negativeren Wertung des Todes im Semantischen Differential stellt sich ein größeres Unsicherheitsempfinden und Unwohlsein beim Besuch eines unheilbar Kranken ein, und der Besuch hebt sich deutlicher von einem alltäglichen Krankenbesuch ab. Eine hohe affektive Abwehr und Ablehnung des Todes korreliert positiv mit größeren Schwierigkeiten, dem unheilbar Kranken Anteilnahme zu vermitteln. Eine intensivere Besorgnis des Arztes gegenüber dem eigenen Tod und dem Verlust von Angehörigen läßt stärkere Schwierigkeiten erwarten, emotionale Distanz zum Schicksal des Unheilbaren zu wahren und dabei seine eigenen Gefühle zu verarbeiten.

Aussagen wie die von Feifel: "ministry to the dying is extremely difficult, if we ourselves are not quite reconciled to the idea of personal death" (Feifel 1965, S. 634) oder von Heim: "Erst wenn es Ärzten gelingt, durch introspektive Einsicht in diese Zusammenhänge

sich freier zu machen, können sie auch offener für die Bedürfnisse des sterbenden Patienten werden" (Heim 1975, S. 326) finden in unserer Untersuchung somit ihre volle empirische Bestätigung. Shady's Feststellung: "the literature strongly supports the need for care-givers to understand their own fears and feelings in order to deal with terminal patients" (Shady 1976, S. 137) wird unterstrichen. Auch Schmitz-Scherzer folgerte aufgrund von Interviews mit Ärzten: "Dies zeigt, daß die Reflexion der eigenen Angst eine der Vorbedingungen für den Umgang mit Sterbenden ist" (Schmitz-Scherzer 1984, S. 7).

Die Resultate unserer Untersuchung ergänzen ferner die von Heller (1980) veröffentlichten Ergebnisse. Heller verwandte keine standardisierten Fragebögen, sondern konnte anhand von Ratingskalen zur Selbsteinschätzung der Todesfurcht von Krankenhausärzten sowie ihres emotionalen Befindens beim Gespräch mit dem unheilbar Kranken nachweisen, daß Ärzte, die sich selbst eine hohe Furcht vor dem Sterben zuschrieben, größere emotionale Schwierigkeiten im Umgang mit Sterbenden empfanden. Die Ergebnisse unserer Untersuchung machen deutlich, daß auf seiten des Arztes bestehende Todesfurcht sogar ein wesentliches Aufklärungshemmnis darstellt. Ein Arzt mit hoher Todesfurcht sucht die Konfrontation mit seinen eigenen Ängsten zu umgehen und vermeidet daher die Situation des Aufklärungsgesprächs mit einem unheilbar Kranken. Wegen der großen praktischen Relevanz haben wir dieses Ergebnis einem Signifikanztest nach Bonferroni-Holm unterzogen, dem es standhielt. Unsere Untersuchung erbringt somit einen ersten empirischen Beleg für die sich auf die kommunikative Arzt-Patient-Beziehung negativ auswirkende Todesfurcht des Arztes. Eigene den Tod betreffende Ängste hindern den Arzt daran, seinem unheilbar kranken Patienten in dessen Bedürfnis nach Offenheit und wahrheitsgemäßem Informiertsein gerecht zu werden.

Nachdem die Todesfurcht in nachweislich negativem Zusammenhang mit dem Aufklärungsverhalten steht, wollen wir in unsere Betrachtungen miteinbeziehen, inwieweit Persönlichkeitsmerkmale des Arztes mit

seiner Todesfurcht in Beziehung stehen (siehe Abschnitt 7.6). So erweisen sich die von uns als Persönlichkeitsmerkmal gewählten Kontrollüberzeugungen als hochsignifikant mit den Todesfurchtskalen korrelierend. Allerdings konnte mittels des Semantischen Differentials kein Einfluß der Kontrollüberzeugungen auf die emotionale Wertung des Todes nachgewiesen werden. Sich external bestimmt glaubende Ärzte zeigen eine größere affektive Abwehr und Ablehnung des Todes (F4) und eine größere Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen (F5).

Die gefundenen und dem Bonferroni-Holm-Verfahren standhaltenden Korrelationen zwischen Externalität und den beiden genannten Todesfurchtfaktoren erklären sich durch die stärkere Bedrohung, die der Tod offenbar für einen external kontrollierten Menschen darstellt. Daraus leitet sich auch ab, daß gerade die Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen den höchsten Zusammenhang zur externalen Kontrolle aufweist (r=0,25). Da der external kontrollierte Mensch sein Leben als stark von Zufall und Schicksal bestimmt erlebt (Kapitel 4.1), besitzt für ihn der Tod in seiner Unvorhersagbarkeit und in seinem schicksalhaften Auftreten ein hohes Angstpotential. Der so angstvoll antizipierte Tod wird "affektiv abgewehrt und abgelehnt". Der internal kontrollierte Mensch hat die besseren Strategien entwickelt, das tägliche Leben zu bewältigen (siehe Mielke 1982) und dabei auch gelernt, störende Ängste und Besorgnisse zu verdrängen (Tolor und Reznikoff 1967). Er hat das größere Vertrauen in seine Fähigkeiten, sich mit den Anforderungen der Umwelt auseinanderzusetzen (Nogas et al. 1974). Dies erklärt seinen Erfolg in der modernen, auf Leistungsverhalten und das Machbare orientierten Gesellschaft. Wie aus unseren Ergebnissen hervorgeht, stehen dem external kontrollierten Arzt bei der Begegnung mit dem sterbenden Patienten seine eigenen Ängste im Wege und verhindern ein für den Umgang mit diesem unabdingbares Eingehen auf dessen existentielle Sorgen und Nöte. Zu untersuchen wäre allerdings, ob ein Arzt mit eher externaler Kontrollüberzeugung, nachdem er seine eigene Angst bearbeitet hat, dem un-

heilbar kranken Patienten nicht sogar verständnisvoller und einfühlsamer begegnen kann als der internal kontrollierte, da ihm die Furcht vor dem unentrinnbaren Schicksal des Todes vertrauter ist. Seine eigene Sensibilität sollte nach ihrer Bewußtwerdung keinen Hinderungsgrund für ein dem Patienten gerecht werdendes Aufklärungsgespräch darstellen.

Unerwarteterweise beschäftigen sich internal kontrollierte Ärzte signifikant weniger mit dem Tod. Aufgrund der nachgewiesenen Beziehung zwischen Externalität und höherer Todesfurcht war anzunehmen, daß Ärzte mit externaler Kontrollüberzeugung die stark angstbesetzte gedankliche Auseinandersetzung mit dem Tod zu meiden versuchen, während Ärzte mit internaler Kontrollüberzeugung, denen die Beschäftigung mit todbezogenen Themen leichter fällt, sich häufiger geistig mit der Problematik des Todes und Sterbens befassen. Vergegenwärtigen wir uns jedoch die Items, aus welchen der Faktor Todesbeschäftigung besteht, so finden wir hier inhaltlich eher eine sorgenvolle und grübelnde als eine bewältigende Beschäftigung mit dem Tod. Items wie "Ich habe schon einmal gewünscht, ich wäre tot", "Ich habe manchmal das Gefühl, daß mein Leben ohne Sinn ist" oder "Ich habe manchmal Phantasien von meinem Tod" machen dies deutlich. Dem internal kontrollierten, Problemlösungen eher im Leben suchenden Arzt sind solche Gedanken fremd.

Wir finden somit als beeindruckendstes Ergebnis den Zusammenhang zwischen Externalität und den Todesfurchtskalen. Daß sich für die Internalität nicht die gleiche Korrelation mit umgekehrtem Vorzeichen ergibt, erklärt sich vor allem daraus, daß Internalität und Externalität keine sich gegenseitig ausschließenden Eigenschaften sind, vielmehr in der jeweiligen Persönlichkeit nebeneinander in verschiedenem Ausmaß bestehen können, ohne sich komplementär zueinander zu verhalten (siehe Abschnitt 4.1). Auch andere bisher vorliegende Untersuchungen zum Verhältnis zwischen Todesfurcht und den Kontrollüberzeugungen fanden die Todesfurcht vor allem als von der Externalität abhängige Variable (vergleiche Abschnitt 4.2).

Eine negative Korrelation der Todesfurcht zur Internalität beschreiben nur Hyams et al. (1980) Allerdings bezogen sich diese Korrelationen nicht auf Todesfurchtskalen, sondern konnten nur für einzelne Items aus dem verwandten Todesfurchtfragebogen (z.B. "I am afraid to die", "I am often distressed by the way time flies so very rapidly", "I often think how short life really is") erstellt werden. Vargo und Black (1984) teilten ihre Untersuchungsteilnehmer in eine Gruppe aus internalen und eine Gruppe aus externalen Personen ein und fanden dann in einem Mittelwertsvergleich, daß Internale eine geringere Todesfurcht als Externale aufweisen. Eine Korrelationsberechnung zum Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und Todesfurcht wurde von den Autoren nicht durchgeführt. Somit konnte bisher in keiner der vorliegenden Arbeiten ein korrelativer Zusammenhang zwischen der Internalität und Todesfurchtskalen erbracht werden.

Vorliegende Untersuchung kann erstmals eine Beziehung zwischen externaler Kontrolle und Todesfurcht bei der Berufsgruppe der Ärzte aufzeigen. Die gefundenen Korrelationen sind zwar gering (0,17 bis 0,25), entsprechen aber vergleichbaren Untersuchungen zum Thema mit anderen Untersuchungsteilnehmern (z.B. Tolor und Reznikoff 1967, Patton und Freitag 1977, Kuperman und Golden 1978, Sadowski et al. 1979/80, Hunt et al. 1983), wo die errechneten Korrelationen zwischen 0,12 und 0,35 lagen.

Wenn auch - wie oben beschrieben - mit anderem methodischem Ansatz, fanden Vargo und Black (1984) bereits bei Medizinstudenten, eine Beziehung zwischen Externalität und Todesfurcht, woraus sie folgerten, daß ein internaler Student "fähiger ist, effektiv mit Tod und Sterben umzugehen" (loc. cit. S. 1527). Diese Überlegungen können wir insofern bestätigen, als in unserer Untersuchung die eher external kontrollierten Ärzte ihre Patienten weniger häufig über die Diagnose aufklären, im Fallbeispiel eher dazu neigen, die Aussage des Patienten zu bestreiten oder über die Bemerkung des Patienten hinwegzugehen und bei der Auswahl einer Richtlinie für ärztliches Verhalten sich am häufigsten

für die autoritärste entschieden (siehe Abschnitt 7.4.7). Hierzu kommen bei den Externalen größere Schwierigkeiten, unheilbaren Patienten Anteilnahme zu zeigen. Internal kontrollierte Ärzte zeichnen sich dadurch aus, daß sie häufiger an praxisorientierten Ausbildungskursen zum Umgang mit Sterben und Tod teilnehmen und eine größere Eigeninitiative entwickeln, Fertigkeiten im Umgang mit dem unheilbar Kranken zu erwerben. Die Externalität wirkt sich also nicht nur auf die Todesfurcht des Arztes aus, sondern steht selbst auch in direkter Beziehung zum Verhalten des Arztes im Umgang mit dem unheilbar kranken Patienten.

Die Bedeutung der hier erörterten Ergebnisse ergibt sich vor allem für das medizinische Curriculum. Sie zeigen, daß sich der zukünftige Arzt in Vorbereitung auf seinen Beruf, welcher unausweichlich die Konfrontation mit dem sterbenden Menschen bringen wird, mit seiner eigenen Todesfurcht auseinandersetzen muß. Dabei ist das Erlernen von Kommunikationstechniken (siehe Abschnitt 1.2) durchaus notwendig, ersetzt unseres Erachtens aber nicht eine tiefere Einsicht in die eigenen Ängste um das Sterben und den Tod sowie deren Bearbeitung. "Daß die Gefahr besteht, sich durch erlernbare Techniken einer echten Auseinandersetzung mit dem Lebensende zu entziehen, sollte nicht übersehen werden" (Meyer 1981, S. 103). Ein Medizinstudent sollte während seiner Ausbildung auch lernen, daß seine Einstellung zum Tod von seiner Persönlichkeit (hier am Beispiel der externalen Kontrollüberzeugung deutlich gemacht), seiner Biographie sowie dem sozialen Umfeld bestimmt ist, und sich des Einflusses seiner eigenen Todesfurcht auf den persönlichen Umgang mit Sterbenden bewußt werden. Dieser Aspekt wird bisher im medizinischen Unterricht vernachlässigt, obwohl der zukünftige Arzt neben seiner Rolle als Heiler zunehmend auch die Aufgabe des Sterbebegleiters übernehmen muß (siehe Einleitung).

Für die zukünftige Forschung wären auf der Grundlage der hier beschriebenen Ergebnisse weiterführende Überlegungen wünschenswert. Ein Zusammenhang zwischen Externalität und Todesfurcht scheint aufgrund

der Übereinstimmung dieser Arbeit mit anderen vorliegenden Untersuchungen evident. Wir konnten aufzeigen, daß er auch für Ärzte Gültigkeit besitzt. Bei diesem Personenkreis hat er wegen deren ständigen Umgangs mit Sterben und Tod noch größere Bedeutung. Weitere Studien sollten sich aber weniger dem wechselseitigen Einfluß beider Variablen widmen, vielmehr gilt es, weitere Aspekte des durch Externalität und Todesfurcht beeinflußten ärztlichen Handelns und ärztlicher Emotionalität zu untersuchen.

Vorliegende Arbeit berücksichtigte nur einige Gesichtspunkte ärztlicher Kommunikation mit dem Sterbenden. Sie konnte diese keineswegs systematisch erfassen und wollte nur richtungsweisend sein. Für die weitere Forschung wäre vor allen Dingen an die Verwendung von Erhebungsverfahren zu Emotionen von Ärzten in interaktionalen Belastungssituationen zu denken, wie sie etwa von Schilling et al. (1984) vorliegen. Von hohem wissenschaftlichen und praktischen Wert würde sich schließlich noch, dem Ansatz von Schulz und Aderman (1978/79) folgend, die Untersuchung der Externalität und Todesfurcht in ihrer Auswirkung auf das therapeutische Vorgehen von Ärzten erweisen.

9. Zusammenfassung

Das Verhältnis der Medizin zum Tode war, historisch betrachtet, schon immer problembeladen. Aufgrund gegebener aktueller gesellschaftlicher Veränderungen spitzt sich diese Problematik eher zu, da der Arzt neben der Rolle des Heilers in zunehmenden Maße die Rolle des Sterbebegleiters übernimmt, auf die er nicht vorbereitet ist und die ihn seelisch belastet.

Medizinpsychologische Forschung muß zur Aufhellung der Beziehung zwischen Arzt und unheilbar Krankem beitragen. Es galt Ursachen für das oft beschriebene Scheitern dieser Beziehung zu erarbeiten. Die eigene Einstellung des Arztes zum Tod und seine Persönlichkeit rückten somit ins Zentrum des Interesses.

Anhand einer postalischen Befragung von niedergelassenen Ärzten (N = 1100) in Rheinland-Pfalz untersuchten wir in vorliegender Arbeit die Auswirkung der Todesfurcht auf das Verhalten gegenüber unheilbar kranken Patienten in Abhängigkeit von den Kontrollüberzeugungen des Arztes. Hierbei erwies sich die Todesfurcht als signifikanter Einflußfaktor auf die Häufigkeit des Aufklärens über die Prognose und auf die aufkommenden emotionalen Schwierigkeiten des Arztes beim Aufklärungsgespräch. Die Todesfurcht selbst hing hochsignifikant mit externalen Kontrollüberzeugungen des Arztes zusammen. Die Bedeutung dieser Ergebnisse in ihrer praktischen Relevanz u. a. für das medizinische Curriculum wurde diskutiert.

10. Literaturverzeichnis

1. Abraham, G., G. Garrone: Die Haltung des Arztes dem Tod gegenüber. In: Martin, E., J.-P. Junod (Hrsg.): Ein kurzes Lehrbuch der Geriatrie. Bern: Huber 1975, 336-349.
2. Ackerknecht, E. H.: Geschichte der Medizin. Stuttgart: Enke 1979.
3. Adams, G. P., M. Cook: The houseman and the dying patient. Journal of Medical Ethics 7 (1981), 142-145.
4. Agosti, F.: Krankheit und Tod aus der Sicht des Allgemeinpraktikers. Psychosomatische Medizin 5 (1975), 276-281.
5. Alexander, I. E., A. M. Adlerstein: Studien zur Psychologie des Todes. In: Brengelmann, J. C., H. P. David (Hrsg.): Perspektiven der Persönlichkeitsforschung. Bern: Huber 1961, 55-74.
6. Alexander, I. E., R. S. Colley, A. M. Adlerstein: Is death a matter of indifference? The Journal of Psychology 43 (1957), 277-283.
7. Alvarez, W. C.: How early do physicians diagnose cancer of the stomach in themselves. Journal of the American Medical Association 97 (1931), 77-83.
8. Ammon, G.: Zur Psychodynamik des Todes. Medizinische Welt 22 (1971), 575-578.
9. Ammon, G., H.-J. Hameister: Tod und Sterben als Identitätsproblem - Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte. Dynamische Psychiatrie 8 (1975), 129-142.
10. Anderson, J. L.: Communicating with terminal cancer patients. Patient Counselling and Health Education 2 (1980), 28-31.
11. Ansohn, E.: Die Wahrheit am Krankenbett. Grundfragen einer ärztlichen Sterbehilfe. München: Pustet 1965.
12. Artiss, K. L., A. S. Levine: Doctor-patient relation in severe illness. New England Journal of Medicine 288 (1973), 1210-1214.
13. Baecker, F.: Zur Problematik des anonymen Sterbens. Versuch einer Orientierung. Medizinische Klinik 70 (1975), 775-777.
14. Baider, L.: Private experience and public expectation on the cancer ward. Omega 6 (1975), 373-381.

15. Barton, D.: Teaching psychiatry in the context of dying and death. American Journal of Psychiatry 130 (1973), 1290-1291.
16. Bascue, L. O., R. E. Lawrence: A study of subjective time and death anxiety in the elderly. Omega 8 (1977), 81-90.
17. Bayerische Berufsordnung vom 7. Oktober 1984. Bayerisches Ärzteblatt 10 (1984), 699.
18. Benesch, H.: dtv-Atlas zur Psychologie Band 1. München: dtv 1987.
19. Berman, A. L., J. E. Hays: Relation between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control. Journal of Consulting and Clinical Psychology 41 (1973), 318.
20. Blauner, R.: Death and Social Structure. Psychiatry 29 (1966), 378-394.
21. Bloch, S.: Instruction on death and dying for the medical student. Medical Education 10 (1976), 269-273.
22. Boyar, J. L.: The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death. Dissertation abstracts 25 (1964), 2041.
23. Brandon, A. D.: The relationship between death anxiety and dogmatism in terminal cancer patients. Dissertation Abstracts International 41 (1980), 1101.
24. Brim, O. G., H. E. Freeman, S. Levine, N. A. Scoth (Hrsg.): The dying patient. New York: Russel Sage 1970.
25. Bron, B.: Zum Todesproblem in der modernen Medizin. Confinia psychiatrica 19 (1976), 222-235.
26. Buckman, R.: Breaking bad news: Why is it still difficult? British Medical Journal 288 (1984), 1597-1599.
27. Bulger, R. J.: Doctors and dying. Archives of Internal Medicine 112 (1963), 327-332.
28. Byrne, D.: The repression-sensitization scale: rationale, reliability and validity. Journal of Personality 29 (1961), 334-349.
29. Caldwell, D., B. L. Mishara: Research on attitudes of medical doctors toward the dying patient: a methodological problem. Omega 3 (1972), 341-346.

30. Cappon, D.: The dying. Psychiatric Quarterly 33 (1959), 466-489.
31. Cappon, D.: Attitudes of and toward the dying. Canadian Medical Association Journal 87 (1962), 693-700.
32. Carey, R. G.: Emotional adjustment in terminal patients: a quantitative approach. Journal of Counselling Psychology 21 (1974), 433-439
33. Carey, R. G., E. J. Posavac: Attitudes of physicians on disclosing information to and maintaining life for terminal patients. Omega 9 (1978/79), 67-77.
34. Cassem, N. H., R. S. Stewart: Management and care of the dying patient. International Journal of Psychiatry in Medicine 6 (1975), 293-304.
35. Cattell, R. B.: The scree test for the number of factors. Multivariate Behavior Research 1 (1966), 245-276.
36. Curchill, L. R.: Interpretations of dying: Ethical implications for patient care. Ethics in Science and Medicine 6 (1979), 211-222.
37. Clauß, G., Ebner, H.: Grundlagen der Statistik. Thun: Harri Deutsch 1982.
38. Coan, R. W., M. T. Fairchild, Z. P. Dobyns: Dimensions of experienced control. Journal of Social Psychology 91 (1973), 53 - 60.
39. Cole, M. A.: Sex and marital status differences in death anxiety. Omega 9 (1978), 135-147.
40. Collett, L.-J., D. Lester: The fear of death and the fear of dying. Journal of Psychology 72 (1969), 179-181.
41. Condrau, G.: Der sterbende Patient - eine Herausforderung für den Arzt. Hexagon Roche 3 (1975), 15-24.
42. Cousins, N.: The physician as communicator. Journal of the American Medical Association 248 (1982), 587-589.
43. Cramond, W. A.: The psycholocigal care of patients with terminal illness. Journal of the Royal College of General Practitioners 22 (1972), 661-673.
44. Crase, D.: Death education: Accountability through scholarly inquiry. Journal of the American College and Health Association 27 (1979), 257-260.

45. Curran, M. L., J. Kobas: Therapeutic engagement with a dying person: Stimulus for therapist training and growth. Psychotherapy: Theory, Research and Practise 17 (1980), 343-351.
46. Dan, J.: Probleme bei der Betreuung Sterbender aus der Sicht des Facharztes für Allgemeinmedizin. Zeitschrift für Altersforschung 37 (1982), 35-40.
47. Deibl, A. K.: Ärzte befragen Ärzte (IX). Deutsches Ärzteblatt 82 (1985), 157-159.
48. Derogatis, L. R., M. D. Abeloff, C. D. McBeth: Cancer patients and their physicians in the perception of psychological symptoms. Psychosomatics 17 (1976), 197-201.
49. Depner, R.: Ärztliche Ethik und Gesellschaftsbild. Stuttgart: Enke 1974.
50. Dickstein, L. S.: Death concern: Measurement and correlates. Psychological Reports 30 (1972), 563-571.
51. Doerr, W.: Arzt und Tod. Zeitschrift für Gerontologie 11 (1978), 469-479.
52. Donaldson, P. J.: Denying death: a note regarding some ambiguities in the current discussion. Omega 3 (1972), 285-290.
53. Dubach, U. C., K. N. von Rechenberg: Krankheitsverständnis und Patienten-Arzt-Beziehung in der Ambulanz. Deutsche Medizinische Wochenschrift 102 (1977), 1239-1244.
54. Durlak, J. A.: Relationship between individual attitudes toward life and death. Journal of Consulting and Clinical Psychology 38 (1972 a), 463.
55. Durlak, J. A.: Measurement of the fear of death: an examination of some existing scales. Journal of Clinical Psychology 28 (1972 b), 545-547.
56. Eiff, A. W. von: Tod und Sterben und die Aporie der Medizin. Münchner Medizinische Wochenschrift 126 (1984), 482-488.
57. Eissler, M. D.: The Psychiatrist and the dying patient. New York: International University Press 1955.
58. Elias, N.: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1982.

59. Ellard, J.: Emotional reactions associated with death. Medical Journal of Australia 1 (1968), 979-983.
60. Erickson, R. C., B. J. Hyerstay: The dying patient and the double bind hypothesis. Omega 5 (1974), 287-298.
61. Erlemeier, N.: Psychologische Forschungen zum Todesproblem. Zeitschrift für Gerontologie 5 (1972), 32-49.
62. Feifel, H. (Hrsg.): The meaning of death. New York: Mc Graw Hill 1959
63. Feifel, H.: The function of attitudes toward death. In: Goldfarb, A. J. (Hrsg.): Death and dying: attitudes of patient and doctor. Group for Advancement of Psychiatry 5 (1965), 632-641.
64. Feifel, H.: Attitudes toward death: a psychological perspective. Journal of Consulting and Clinical Psychology 33 (1969 a), 292-295.
65. Feifel, H.: Perception of death. Annals of the New York Academy of Sciences 164 (1969 b), 669-677.
66. Feifel, H. (Hrsg.): New meanings of death. New York: Mc Graw Hill 1977.
67. Feifel, H., S. Hanson, R. Jones, L. Edwards: Physicians consider death. In: Proceedings of the 75th Annual Convention, American Psychological Association. Washington 1967, 201-202.
68. Feifel, H., V. T. Nagy: Another look at fear of death. Journal of Consulting and Clinical Psychology 49 (1981), 278-286.
69. Feigenberg, L.: Care and understanding of the dying: a patient-centered approach. Omega 6 (1975), 81-94.
70. Fenichel, O.: The counterphobic attitude. International Journal of Psychoanalysis 20 (1939), 263-274.
71. Fischer-Homberger, E.: Geschichte der Medizin. Berlin: Springer 1977.
72. Fitts, W. T., I. S. Ravdin: What Philadelphia physicians tell patients with cancer. Journal of the American Medical Association 153 (1953), 901-904.

73. Ford, R. E., M. Alexander, D. Lester: Fear of death of those in a high stress occupation. Psychological Reports 29 (1971), 502.
74. Freud, S.: Zeitgemäßes über Krieg und Tod. In: Freud, S.: Studienausgabe Band IX. Frankfurt a. M.: Fischer 1974, 33-60.
75. Friedman, H. J.: Physician management of dying patients: an exploration. Psychiatry in Medicine 1 (1970), 295-305.
76. Friedrichs, J.: Methoden empirischer Sozialforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag 1980.
77. Fuchs, W.: Todesbilder in der modernen Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1970.
78. Fulton, R. L.: Death and identity. New York: Wiley 1965.
79. Gilmore, A. J. J.: The care and management of the dying patient in general practice. Practitioner 213 (1974), 833-842.
80. Glaser, B. G.: The physician and the dying patient. Medical Opinion and Review 12 (1965), 108-114.
81. Glaser, B.: The social loss of aged dying patients. Gerontologist 6 (1966), 77-80.
82. Glaser, B., A. L. Strauss: The social loss of dying patients. American Journal of Nursing 64 (1964), 119-121.
83. Goldfarb, A. I. (Hrsg.): Death and dying: Attitudes of patient and doctor. Group for Advancement of Psychiatry 5 (1965), 583-671.
84. Gorsuch, R. L.: Factor analysis. Philadelphia: Saunders 1983.
85. Gould, H., P. J. Toghill: How should we talk about acute leukaemia to adult patients and their families? British Medical Journal 282 (1981), 210-212.
86. Gow, C. M., J. I. Williams: Nurses' attitudes toward death and dying: a causal interpretation. Social Science and Medicine 2 (1977), 191-198.
87. Granich, M. S.: Experiential factors in death anxiety. Dissertation Abstracts International 37 (1976), 1433-1434.
88. Hägglund, T. B.: Psychodynamics of the dying patient. Psychiatria Fennica (1972), 219-233.

89. Hahn, A.: Einstellungen zum Tod und ihre soziale Bedingtheit. Stuttgart: Enke 1968.

90. Halder, P.: Verhaltenstherapie und Patientenerwartung. Bern: Huber 1977.

91. Hales, R. E.: Dying patients: A challenge to their physicians and consultation psychiatry. Military Medicine 145 (1980), 674-680.

92. Hampel, K. E.: Über den Tod. Deutsches Ärzteblatt 71 (1974), 3411-3416.

93. Handal, P.: The relationship between subjective life expectancy, death anxiety and general anxiety. Journal of Clinical Psychology 25 (1969), 39-42.

94. Handal, P. J., J. F. Rychlak: Curvilinearity between dream content and death anxiety and the relationship on death anxiety to repression-sensitization. Journal of Abnormal Psychology 77 (1971), 11-16.

95. Hardy, R. E., D. R. Green, H. W. Jordan, G. Hardy: Communication between cancer patients and physicians. Southern Medical Journal 73 (1980), 755-757.

96. Harrison, T.: The doctor's task. In: Lief, H. I., N. R. Lief: The psychological basis of medical practice. New York: Harper and Row 1963, 3-11.

97. Harrus, G.: Problèmes posés par l'énoncé du diagnostic en cancérologie. Revue de medicine psychosomatique 15 (1973), 131-138.

98. Hartmann, G.: Umgang mit Krebskranken. Zentralblatt für Chirurgie 110 (1985), 1-11.

99. Hartwich, P.: The question of disclosing the diagnosis to terminally ill patients. Archives of Psychiatry and Neurological Sciences 227 (1979), 23-32.

100. Hauss, K. (Hrsg.): Medizinische Psychologie im Grundriß. Göttingen: Hogrefe 1976.

101. Heim, E.: Psychisches Verhalten bei terminalen Krankheiten. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 105 (1975), 321-329.

102. Heller, F.: Die Einstellung von Pflegepersonal und Ärzten zu sterbenden Patienten. Unveröffentlichte Med. Diss. Aachen 1980.

103. Hensle, U.: Todesfurcht. Überblick über den Forschungsstand und Entwicklung einer Fragebogenskala. Unveröffentlichte Diplomarbeit Würzburg 1975.

104. Hensle, U.: Todesfurcht. Versuch einer Strukturierung und Entwicklung einer Fragebogenskala. Psychologische Beiträge 19 (1977), 545-566.

105. Hess, R.: Inhalt und Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht. Der Praktische Arzt 14 (1975), 2120-2125.

106. Hoelter, J. W.: Multidimensional treatment of fear of death. Journal of Consulting and Clinical Psychology 47 (1979), 996-999.

107. Hoelter, J. W., J. A. Hoelter: The relationship between fear of death and anxiety. The Journal of Psychology 99 (1978), 225-226.

108. Holm, K.: Die Befragung 1 . München: Francke 1982.

109. Howe, J., R. Ochsmann (Hrsg.): Tod - Sterben - Trauer. Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4. - 6. November 1982 in Vechta. Frankfurt a. M.: Fachbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung 1984.

110. Hunt, D. M., D. Lester, N. Ashton: Fear of death, locus of control and occupation. Psychological Reports 53 (1983), 1022.

111. Huppmann, G., A. Werner: Sterben in der Institution: Psychologische Aspekte. Medizin, Mensch, Gesellschaft 7 (1982), 155 - 168.

112. Hyams, N. B., G. Domino, R. Spencer: Differential aspects of locus of control and attitudes towards death. Social Behavior and Personality 10 (1980), 177-182.

113. Incagnoli, T.: The relation between locus of control, smoking behavior and death anxiety in a chronic lung population. Dissertation Abstracts International 39 (1978), 3518.

114. Janes, R. G.: A clinical perspective on dying. Canadian Medical Association Journal 107 (1972), 425-430.

115. Jensen, P. A.: "Ich brauchte einen Menschen, den ich anfassen konnte." Deutsches Ärzteblatt 25 (1986), 1843-1845.

116. Johnson, W., J. Snibbe, K. Hoffman, L. Evans: Focused psychiatric curriculum selection: Student, psychiatrist and nonpsychiatrist physician expectations. American Journal of Psychiatry 134 (1977), 1126-1130.

117. Judmaier, F.: Psychologische Aspekte bei der Behandlung Schwerkranker. Wiener Medizinische Wochenschrift 134 (1984), 1-4.

118. Kalish, R. A.: Some variables in death attitudes. Journal of Social Psychology 59 (1963), 137-145.

119. Kalish, R. A.: Social distance and the dying. Community Mental Health Journal 2 (1966), 152-155.

120. Kasper, A. M.: The doctor and death. In: Feifel, H.: The meaning of death. New York: Mc Graw Hill 1959, 259-270.

121. Kastenbaum, R.: The realm of death. Journal of Human Relations 13 (1965), 538-552.

122. Kastenbaum, R., R. Aisenberg: The psychology of death. New York: Springer 1972.

123. Kastenbaum, R., P. T. Costa Jr.: Psychological perspectives on death. Annual Revue of Psychology 28 (1977), 225-249.

124. Kautzky, R.: Sterben im Krankenhaus. Freiburg i. Br.: Herder 1976.

125. Koch, U., C. Schmeling: Betreuung von Schwer- und Todkranken: Ausbildungskurs für Ärzte und Krankenpflegepersonal. München: Urban und Schwarzenberg 1982.

126. Koenig, R. R.: Anticipating death from cancer: Physician and patient attitude. Michigan Medicine 68 (1969), 899-905.

127. Kram, C., J. M. Caldwell: The dying patient. Psychosomatics 10 (1969), 293-295.

128. Krampen, G.: IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe 1981.

129. Krampen, G.: Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Göttingen: Hogrefe 1982.

130. Kübler-Ross, E.: On death and dying. New York: Macmillan 1968.

131. Kübler-Ross, E.: Questions and answers on death and dying. New-York: Macmillan 1974.

132. Kübler-Ross, E.: Living with death and dying. New York: Macmillan 1981.

133. Kuperman, S. K., C. J. Golden: Personality correlates of attitudes toward death. Journal of Clinical Psychology 34 (1978), 661-662.

134. Kurlychek, R. T.: Assessment of attitudes toward death and dying: A critical review of some available methods. Omega 9 (1978/79), 37-47.

135. Lau, E. E.: Tod im Krankenhaus. Soziologische Aspekte des Sterbens in Institutionen. Köln: J. P. Bachem 1975.

136. Laxenaire, M., L. Bentz, C. Chardot: Abord psychologique du malade cancéreux. Psychotherapie et Psychosomatique 21 (1973), 306-310.

137. Lester, D.: Experimental and correlational studies of the fear of death. Psychological Bulletin 67 (1967), 27-36.

138. Lester, D.: Studies on death-attitude scales. Psychological Reports 24 (1969), 182.

139. Lester, D., C. Getty, C. R. Kneisel: Attitudes of nursing students and nursing faculty toward death. Nursing Research 23 (1974), 50-53.

140. Lester, G., D. Lester: The fear of death, the fear of dying and threshold differences for death words and neutral words. Omega 1 (1970), 175-179.

141. Levenson, H.: Distructions within the concept of internal-external control: Developement of a new scale. Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association 7 (1972), 261-262.

142. Levine, R.: An inquiring into psychodynamic correlates of high romanticism in males. Dissertation Abstracts International 39 (1978), 387.

143. Levinson, P.: Obstacles in the treatment of dying patients. American Journal of Psychiatry 132 (1975), 28-32.

144. Lieberman, M. A.: Observations on death and dying. Gerontologist 6 (1966), 70-125.

145. Lief, H. I., R. C. Fox: Training for "detached concern" in medical students. In: Lief, H. I., N. R. Lief (Hrsg.): The psychological basis of medical practice. New York: Harper and Row 1963, 12-35.

146. Linn, M. W., B. S. Linn, S. Stein: Impact on nursing home staff of training about death and dying. Journal of the American Medical Association 250 (1983), 2332-2335.

147. Lirette, W. L., R. L. Palmer, L. Robert, J. D. Ibarra et al.: Management of patients with terminal cancer. Postgraduate Medicine 46 (1969), 145-149.

148. Liston, E. H.: Education on death and dying: A neglected area in the medical curriculum. Omega 6 (1975), 193-198.

149. Litman, J. M.: The effect of bereavement on death anxiety, manifest anxiety and locus of control. Dissertation Abstracts International 40 (1979), 678.

150. Livingston, P. B., C. N. Zimet: Death anxiety, authoritarianism and choice of specialty in medical students. The Journal of Nervous and Mental Disease 140 (1965), 222-230.

151. Long, S. O., B. D. Long: Curable cancers and fatal ulcers. Attitudes toward cancer in Japan. Social Science and Medicine 16 (1982), 2101-2108

152. Lord, F. M., M. R. Novick: Statistical theories of mental test scores. Reading, Mass.: Addison Wesley 1968.

153. Lucas, R. A.: A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. Omega 5 (1974), 233-243.

154. Mackinnon, B. L.: Death and the doctor. Journal of Maine Medical Association 63 (1972), 169-171.

155. Malkin, S.: Care of the terminally ill at home. Canadian Medical Association Journal 115 (1976), 129-130.

156. Manos, N., J. Christakis: Attitudes of cancer specialists toward their patients in Greece. International Journal of Psychiatry in Medicine 10 (1980/81), 305-313.

157. Matthiessen, H. von: Schmerztherapie bei Tumorpatienten: Vom Arzt vernachlässigt - vom Gesetz behindert. Klinikarzt 15 (1986), 683.

158. McDonald, R. P.: The common factors analysis of multicategory data. British Journal of Mathematical and Statistical Psychology 22 (1969), 165-175.

159. McDonald, R. T., J. D. Carroll: Appropriate death: College students' preferences versus actuarial projections. Journal of Clinical Psychology 37 (1981), 28-31.

160. McIntosh, J.: Processes of communication, information seeking and control associated with cancer: A selective review of the literature. Social Science and Medicine 8 (1974), 167-187.

161. Mechler, A.: Der Tod als Thema der neueren medizinischen Literatur. In: Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie 3 (1955), 371-382.

162. Medical Tribune: Hier fühlen sich Krebspatienten aufgehoben. Medical Tribune 21 (1986), 42-46.

163. Meerwein, F., S. Kauf, G. Schneider: Bemerkungen zur Arzt-Patientenbeziehung bei Krebskranken. Zeitung für Psychosomatische Medizin 22 (1976), 278-300.

164. Meister, H.: Prognoseeröffnung gegenüber Todkranken. Zeitschrift für die Gesamte Innere Medizin und ihre Grenzgebiete 39 (1984), 555-556.

165. Meyer, B.: Truth and the physician. In: Weir, R. F.: Ethical issues in death and dying. New York 1977, 42-54.

166. Meyer, H.: Wahrheit am Krankenbett. Krankenpflege 32 (1978), 236-237.

167. Meyer, J. E.: Todesangst und das Todesbewußtsein der Gegenwart. Berlin: Springer 1982.

168. Mielke, R. (Hrsg.): Interne/externe Kontrollüberzeugungen. Bern: Huber 1982.

169. Molinski, H.: Der Umgang mit dem unheilbar Kranken und Sterbenden. Münchner Medizinische Wochenschrift 127 (1985), 1077-1078.

170. Munnichs, J. M. A.: Old age and finitude. A contribution to psychogerontology. Bibliotheca "Vita Humana", Fasc. 4 . Basel: Karger 1966.

171. Murray, P.: Death education and its effect on the death anxiety level of nurses. Psychological Reports 35 (1974), 1250.

172. Muslin, H. L., S. P. Levine, H. Levine: Partners in dying. American Journal of Psychiatry 131 (1974), 308-310.

173. Nehrke, M. F., B. Belluci, S. J. Gabriel: Death anxiety, locus of control and life satisfaction in the elderly: Toward a definition of ego-integrity. Omega 8 (1977/78), 359-368.

174. Nelson, L. D., C. C. Nelson: A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. Omega 6 (1975), 171-178.

175. Neufeldt, D. E., C. B. Holmes: Relationship between personality traits and fear of death. Psychological Reports 45 (1979), 907-910.

176. Nogas, C., K. Schweitzer, J. Grumet: An investigation of death anxiety, sense of competence and need for achievement. Omega 5 (1974), 245-255.

177. Novack, D. et al.: Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. Journal of the American Medical Association 241 (1979), 897-900.

178. Nowicki, S., M. P. Duke: A locus of control scale for noncollege as well as college adults. Journal of Personality Assessment 38 (1974), 136-137.

179. Noyes, R. Jr., J. Clancy: The dying role: Its relevance to improved patient care. Psychiatry 40 (1977), 41-47.

180. Noyes, R. Jr., P. R. Joachimsen, T. A. Travis: The changing attitudes of physicians toward prolonging life. Journal of the American Geriatric Society 25 (1977), 470-474.

181. Noyes, R. Jr., T. A. Travis: The care of terminally ill patients. Archives of Internal Medicine 132 (1973), 607-611.

182. Nylenna, M.: The general practitioner and information to cancer patients. Scandinavian Journal of Primary Health Care 3 (1985), 35-38.

183. O'Connell, W. E.: Humor and death. Psychological Reports 22 (1968), 391-402.

184. Oken, D.: The physician, the patient and cancer - An abstract. Illinois Medical Journal 120 (1961 a), 333-334.

185. Oken, D.: What to tell cancer patients. Journal of the American Medical Association 175 (1961 b), 86-94.

186. Pandey, R. E.: Factor analytic study of attitudes toward death among college students. International Journal of Social Psychiatry 21 (1975), 7-12.

187. Patton, J. F., C. B. Freitag: Correlational study of death anxiety, general anxiety and locus of control. Psychological Reports 40 (1977), 51-54.

188. Pearlman, J., B. A. Stotsky, J. R. Dominick: Attitudes toward death among nursing home personal. Journal of Genetic Psychology 114 (1969), 63-75.

189. Peretz, D., A. C. Carr, B. Schoenberg, A. Kutscher: A survey of physician's attitudes toward death and bereavement: Comparison of psychiatrists and nonpsychiatrists. Journal of Thanatology 1 (1971), 91-100.

190. Pfefferbaum, B., P. M. Levenson, J. van Eys: Comparison of physician and patient perceptions of communications issues. Southern Medical Journal 75 (1982), 1080-1084.

191. Pollak, J. M.: Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. Omega 10, (1979/80), 97-121.

192. Potthoff, P.: Der Tod im medizinischen Denken. Stuttgart: Enke 1980.

193. Price, T. R., B. J. Bergen: The relationship to death as a source of stress for nurses on a coronary care unit. Omega 8 (1977), 229-238.

194. Rabin, D. L., L. H. Rabin: Consequences of death for physicians, nurses and hospitals. In: Brim et al.: The dying patient. New York 1970.

195. Raspe, H. H.: Informationsbedürfnisse von Patienten. Medizinische Welt 28 (1977), 1990-1993.

196. Raspe, H. H., G. Eulenburg: Wie stehen vorklinische Medizinstudenten zur Aufklärung der Patienten? Medizinische Klinik 73 (1978), 1141-1145.

197. Ray, J. J., J. Najman: Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. Omega 5 (1974), 311-315.

198. Rea, M. P., S. Greenspcrn, B. Spilka: Physicians and the terminal patient: Some selected attitudes and behavior. Omega 6 (1975), 291-302.

199. Reid, D., E. E. Ware: Multidimensionality of internal versus external control. Canadian Journal of Behavioral Science 6 (1974), 131-142.

200. Rest, F. H. O.: Von der "Richtigkeit der Diagnose" zur "Wahrheit am Krankenbett". Fortschritte der Medizin 108 (1983), 297-320.

201. Ringel, E.: Sterben und Tod als Problem des medizinischen Unterrichtes. Dynamische Psychiatrie 8 (1975), 143-157.

202. Robbins, G. F., M. MacDonald, G. T. Pack: Delay in the diagnosis and treatment of physicians with cancer. Cancer 6 (1953), 624-626.

203. Roose, L. J.: The dying patient. International Journal of Psycho-Analysis 50 (1969), 385-396.

204. Rotter, J. B.: General expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs 80, whole number 609, 1966.

205. Sadowski, C. J., D. F. Stephen, M. C. Loftus-Vergari: Locus of control and death anxiety: A reexamination. Omega 10 (1979/80), 203-210.

206. Sanford, N., G. L. Deloughery: Teaching nurses to care for the dying patient. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services 11 (1973), 24-26.

207. Sauer, R.: Psychologische Aspekte im Umgang mit Malignompatienten. Praxis 64 (1975), 660-665.

208. Saul, L. J.: Reactions of a man to natural death. Psychoanalytic Quarterly 28 (1959), 383-386.

209. Schilling, S.: Die Emotionen von Ärzten in interaktionalen Belastungssituationen: Konstruktion eines Erhebungsverfahrens - Probleme und Perspektiven. In: Howe, J., R. Ochsmann: Tod - Sterben - Trauer. Frankfurt a. M.: Verlagsbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung 1984, 66-71.

210. Schmeling, C., U. Koch: Umgang mit Sterbenden, Evaluation eines Ausbildungsmodells. Medizinische Welt 31 (1980), 928-934.

211. Schmitz-Scherzer, R.: Zum Erlebnis des Sterbens anderer. In: Howe, J., R. Ochsmann: Tod - Sterben - Trauer. Bericht über die 1. Tagung zur Thanato-Psychologie vom 4. - 6. November 1982 in Vechta. Frankfurt a. M.: Verlagsbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung 1984, 113-117.

212. Schneider, G.: Über den Anblick des eröffneten Leichnams. In: Winau, R., H. R. Rosemeier: Tod und Sterben. Berlin: de Gruyter 1984, 188-201.

213. Schreibaum, D.: Approaches and developments in the study of attitudes to death: Descriptions of meetings with physicians and impressions of their attitude on this subject. Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines 11 (1975), 259-269.

214. Schulz, R., D. Aderman: How the medical staff copes with dying patients: A critical review. Omega 7 (1976), 11-21.

215. Schulz, R., D. Aderman: Physician's death anxiety and patient outcomes. Omega 9 (1978/79), 327-332.

216. Selvey, C. L.: Concerns about death in relation to sex, dependency, guilt about hostility and and feelings of powerlessness. Omega 4 (1974), 209-219.

217. Shady, G. A.: Death anxiety and care of the terminally ill: A review of the clinical literature. Canadian Psychological Review 17 (1976), 137-142.

218. Sheperd, S. J.: A study of the relationship between dogmatism and death anxiety, both personal and anticipated from a terminally ill person in counseling students, nursing students and general education students. Dissertation Abstracts International 10 (1980), 1411.

219. Shneidman, E. S.: You and death. Psychology Today 5 (1971), 43-45, 74-80.

220. Simpson, M. A.: Dying, death and grief. A critically annotated bibliography and source book of thanatology and terminal care. New York: Plenum 1979.

221. Slivkin, S. E.: Psychiatric day hospital treatment of terminally ill patients. International Journal of Psychiatry in Medicine 7 (1976), 123-131.

222. Snyder, M., R. Gertler, E. Ferneau: Changes in nursing students' attitudes toward death and dying. International Journal of Social Psychiatry 19 (1973), 294-298.

223. Sonnemann E.: Allgemeine Lösungen multipler Testprobleme. EDV in Medizin und Biologie 13 (1982), 120-128.

224. Steigerwald, F.: Die empirische Erfassung der Todesangst mit Fragebogen. Medizinische Psychologie 6 (1980), 54-65.

225. Steingiesser, H.: Was die Ärzte aller Zeiten vom Sterben wußten. Med. Diss. Düsseldorf 1936.

226. Sudnow, D.: Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Frankfurt a. M.: Fischer 1973.

227. Sullivan, W. J.: Effect of religious orientation, purpose in life, and locus of control on the death anxiety of college students. Dissertation Abstracts International 38 (1977), 382.

228. Swanson, L. L.: Anxiety, death and the health care professional. In: Spielberger, C. D., I. G. Sarason (Hrsg.): Stress and anxiety (Vol.1). New York 1975, 310-311.

229. Templer, D. I.: The construction and validation of a death anxiety scale. Journal of General Psychology 82 (1970), 165-177.

230. Templer, D. I.: The relationship between verbalized and nonverbalized death anxiety. The Journal of Genetic Psychology 119 (1971), 211-214.

231. Todd, C. J.; A. W. Still: Communication between general practitioners and patients dying at home. Social Science and Medicine 18 (1984), 667-672.

232. Tolor, A.: Some antecedents and personality correlates of health locus of control. Psychological Reports 43 (1978), 1159-1165.

233. Tolor, A., M. Reznikoff: Relation between insight, repression-sensitization, internal-external control and death anxiety. Journal of Abnormal Psychology 72 (1967), 426-430.

234. Trent, C., J. C. Glass, A. Y. McGee: The impact of a workshop on death and dying on death anxiety, life satisfaction and locus of control among middle-aged and older adults. Death Education 5 (1981), 157-173.

235. Troschke, J. von: Medizinsoziologische Anmerkungen zu Sterben und Tod. Themen der Krankenpflege 2 (1975), 451-468.

236. Uexküll, T. von: Das Verhältnis der Heilkunde zum Tode. Einleitung zur deutschen Ausgabe von: Sudnow, D.: Organisiertes Sterben. Eine soziologische Untersuchung. Frankfurt a. M.: Fischer 1973, XI-XX.

237. Vargo, M. E., F. W. Black: Attributions of control and the fear of death among first-year medical students. Journal of Clinical Psychology 40 (1984), 1525-1528.

238. Vernon, G.: Sociology of death. An analysis of death related behavior. New York: Ronald Press 1970.

239. Wagner, B.: Terminal Care in Großbritannien, ein Modell für die Versorgung unheilbar Kranker und Sterbender. Unveröffentlichte Med. Diss. Freiburg 1981.

240. Wahl, C. W.: The physicians' treatment of the dying patient. Annals of the New York Academy of Science 164 (1969), 759-775.

241. Waitzkin, H., J. D. Stoeckle: The communication of information about illness (clinical, sociological and methodological considerations). Advances in Psychosomatic Medicine 8 (1972), 180-215.

242. Wallston, B. S., K.A. Wallston, G. D. Kaplan: Developement and validation of the Health Locus of Control (HLC) Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology 44 (1976), 580-585.

243. Weigand, J.: Physicians view death and suicide. Life-Threatening Behavior 2 (1972), 163-167.

244. Weir, R. F. (Hrsg.): Ethical issues in death and dying. New York: Columbia University Press 1977.

245. White, L. P.: The self-image of the physician and the care of dying patients. Annals of the New York Academy of Sciences 164 (1969), 822-837.

246. White, L. P.: Death and the physician: Mortuis vivos docent. In: Feifel, H.: New meanings of death. New York 1977, 92-106.

247. Wilkes, E.: Quality of life: Effects of the knowledge of diagnosis in terminal illness. Nursing Times 73 (1977), 1506-1507.

248. Williams, R. L., S. Cole: Religiosity, generalized anxiety and apprehension concerning death. Journal of Social Psychology 75 (1968), 111-117.

249. Winkelmann, F.: Der Sterbende und seine Familie: Erfahrungen einer Balintgruppe. Dynamische Psychiatrie 8 (1975), 318-327.

250. Winau, R., H. P. Rosemeier (Hrsg): Tod und Sterben. Berlin: de Gruyter 1984.

251. Wittkowski, J.: Affektive Erlebnis- und Verhaltensmodi bei der Begegnung mit Tod und Sterben: ein theoretischer und empirischer Beitrag zur Psychologie des Todes. Würzburg 1977.

252. Wittkowski, J.: Tod und Sterben, Ergebnisse der Thanatopsychologie. Heidelberg: Quelle und Meyer 1978.

253. Wittkowski, J.: Zur Psychologie des Todes - gegenwärtiger Stand und zukünftige Perspektiven. Positionsreferat, gehalten auf dem 32. Kongreß der DGfPs vom 21. - 25. September 1980 in Zürich.

254. Wittkowski, J.: Theoretische und methodologische Probleme der Thanatopsychologie. In: Howe, J., R. Ochsmann: Tod - Sterben - Trauer. Frankfurt a. M.: Verlagsbuchhandlung für Psychologie, Verlagsabteilung 1984, 27-35.

255. Wrenn, R.: Health and illness survey. Unveröffentlichtes Manuskript Tucson 1980, zitiert nach Hyams, Domino und Spencer: Differential aspects of locus of control and attitudes towards death. Social Behavior and Personality 10 (1980), 177-182.

256. Yalom, I. D., C. Greaves: Group therapy with the terminally ill. American Journal of Psychiatry 134 (1977), 396-400.

257. Zhiani-Rezai, Z.: Doctors and death. Dissertation Abstracts International 30 (1969), 839.

11. Anhang

11.1 Anschreiben

Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Fachbereich Medizin
Abteilung für Medizinische Psychologie

Saarstraße 21
6500 Mainz
Telefon 06131/39-5872
39-5904

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin,
Abteilung für Medizinische Psychologie, Saarstraße 21, 6500 Mainz

Datum 12.10.1983

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege!

Sicher kommt derart viel beschriebenes und bedrucktes Papier auf Ihren Schreibtisch, daß Sie einen möglichst großen Teil davon am liebsten beiseite schieben oder sogar unbesehen wegwerfen würden. Die Belastungen im ärztlichen Alltag bringen Sie notwendig in eine solche Situation.

Obwohl mir dies, nicht zuletzt aus eigener Erfahrung, nur allzu gut nachvollziehbar ist, erlaube ich mir, Sie um Ihre Mitarbeit bei einer wissenschaftlichen Untersuchung der Abteilung für Medizinische Psychologie der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz zu bitten.

Unsere Studie beschäftigt sich mit Fragen der Betreuung unheilbar Kranker und Sterbender durch den Arzt, d.h. Einstellungen und Handlungsweisen seinerseits, die mit diesem Problem in Zusammenhang stehen.

Die Untersuchung dient ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Dem Beiliegen eines Rückantwortkuverts ("Porto zahlt Empfänger") mögen Sie entnehmen, daß bei der Auswertung gewonnener Daten Ihre Anonymität absolut gewährleistet ist.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes Rheinland-Pfalz haben uns freundlicherweise Aufkleber mit Ihrer Adresse zur Verfügung gestellt. Sehen Sie darin bitte einen Beleg für die Ernsthaftigkeit unseres Vorhabens.

Zu unserer Fragestellung liegen, zumal aus dem deutschen Sprachraum, kaum empirische Befunde vor; nicht wenige "kritische" Autoren stützen ihre Aussage zu den angesprochenen Themen bisher lediglich auf Spekulationen. Hinzu kommt: vor allem die Ansichten und Verhaltensweisen niedergelassener Kolleginnen und Kollegen werden heute in der Forschung noch allzu oft vernachlässigt.

Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns trotz all Ihrer Arbeitsbelastung eine Viertelstunde Ihrer Zeit zur Verfügung stellen könnten, den beigegebenen Fragebogen ausfüllen und möglichst rasch an uns zurücksenden würden.

Über die Ergebnisse unserer Befragung werden wir gerne im Rheinland-Pfälzischen Ärzteblatt berichten.

Mit freundlichen Grüßen und herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

Huppmann

Prof. Dr. med. G. Huppmann

11.2 Versandter Fragebogen

11.2.1 Eigene Fragenzusammenstellung

FRAGEBOGEN

Rand bitte frei lassen

(nur zur Datenverarbeitung)

Die Fragen auf den ersten fünf Seiten beziehen sich auf den Umgang mit unheilbar kranken Patienten. Unter unheilbar Kranken seien hier Patienten verstanden, deren Leiden spätestens innerhalb eines Jahres zum Tode führen wird.
Kennzeichnen Sie bitte jeweils die für Sie zutreffende Antwort, indem Sie in den vorgegebenen Kreis ein Kreuz (x) setzen.

1.) Gestatten Sie bitte zunächst eine Frage zu Ihrer Fachrichtung.
Sind Sie

o Ärztin für Allgemeinmedizin ? o Arzt für Allgemeinmedizin ?
o Ärztin bzw. Praktische Ärztin ? o Arzt bzw. Praktischer Arzt ?
o Ärztin für Innere Medizin ? o Arzt für Innere Medizin ?

2.) Wie groß ist die Stadt/die Gemeinde, in der Sie praktizieren ?

o bis 5000 Einwohner
o 5000 - 20.000 Einwohner
o 20.000 - 100.000 Einwohner
o über 100.000 Einwohner

3.) Wie lange sind Sie bereits als niedergelassener Arzt tätig ?

o bis 2 Jahre
o 3 - 5 Jahre
o 6 - 10 Jahre
o 11 - 20 Jahre
o 21 - 30 Jahre
o über 30 Jahre

bitte wenden!

Rand
bitte
frei
lassen

4.) Wodurch konnten Sie im Laufe Ihrer ärztlichen Aus- und Weiterbildung Kenntnisse und Fertigkeiten für den Umgang mit unheilbar kranken Patienten erwerben ?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen.)

- o durch Vorlesungen oder Praktika im Medizinstudium
- o durch theoretische Fortbildungsseminare
- o durch Balintgruppen
- o durch eigene Erfahrung mit unheilbar kranken Patienten
- o durch Vorbild von Kollegen
- o durch Erfahrungsaustausch mit Kollegen
- o durch praxisorientierte Ausbildungskurse
- o durch Lektüre von Fachbüchern und Fachzeitschriften
- o durch anderweitige Möglichkeiten (welche?)..........................

5.) Sprechen Sie mit Ihnen vertrauten Personen über Probleme des Umgangs mit Tod und Sterben, wie sie bei Ihrer ärztlichen Tätigkeit auftreten ?

- o oft
- o gelegentlich
- o fast nie
- o nie

6.) Wieviele unheilbar kranke Patienten waren schätzungsweise im letzten Quartal bei Ihnen in Behandlung ?

- o bis zu 2 Patienten
- o 3 bis 6 Patienten
- o 7 bis 10 Patienten
- o mehr als 10 Patienten

7.) Klären Sie unheilbar kranke Patienten über die Diagnose ihres Leidens auf ?

- o immer
- o häufig
- o selten
- o nie

Rand
bitte
frei
lassen

8.) Klären Sie unheilbar kranke Patienten über die Prognose ihres Leidens auf ?

o immer
o häufig
o selten
o nie

9.) Wenn Sie es im Einzelfall nicht für richtig halten, einen unheilbar kranken Patienten über die Prognose seines Leidens aufzuklären, informieren Sie dann die nächsten Angehörigen darüber ?

o immer
o häufig
o selten
o nie

10.) Welche der folgenden Faktoren sprechen Ihrer Meinung nach für die Aufklärung eines unheilbar kranken Patienten über dessen Prognose ?

(Sie können mehrere Alternativen ankreuzen.)

o emotionale Stabilität
o krankheitsbedingt nur noch wenige Wochen Lebenserwartung
o Wunsch des Patienten nach Aufklärung
o fortgeschrittenes Alter
o gegebene emotionale Unterstützung durch Familie oder Freunde
o jugendliches Alter
o religiöse Bindung

11.) Passiert es Ihnen, daß Sie trotz Kenntnis des unheilbaren Zustandes eines Patienten den Zeitpunkt eines Aufklärungsgespräches länger als eigentlich beabsichtigt hinauszögern ?

o immer
o häufig
o selten
o nie

bitte wenden!

Rand bitte frei lassen

12.) Ein fünfzigjähriger Chemiker leidet an einer chronisch-myeloischen Leukämie. Auf Wunsch seiner Frau wird er weder von den Internisten in der Klinik noch von seinem Hausarzt über Diagnose und Prognose seines Leidens aufgeklärt. Der letzte Befund der Klinik spricht von einer fortschreitenden Markverödung, einem riesigen Milztumor und einem Myeloblastenschub.
Als der Hausarzt den Patienten zuhause besucht, geht es diesem dementsprechend schlecht. Während der Untersuchung durch den Arzt erwähnt der Patient, daß er wohl sehr bald werde sterben müssen. Es ist das erste Mal, daß der Arzt eine solche Aussage aus dem Mund des Patienten vernimmt.

Wie würden Sie an Stelle des Hausarztes reagieren ?

(Bitte nur eine Alternative ankreuzen.)

- o die Äußerung des Patienten bestreiten, um ihm Mut für die Zukunft zu machen
- o auf die Bemerkung des Patienten eingehen und die Gelegenheit zu einem Aufklärungsgespräch nutzen
- o der Ehefrau nahelegen, sie solle dem Patienten doch bald die Wahrheit sagen
- o über die Bemerkung des Patienten hinweggehen und mit der Untersuchung fortfahren

☐ 30

13.) Welchen der folgenden Sätze würden Sie als beste Richtlinie für ärztliches Verhalten unheilbar kranken Patienten gegenüber gelten lassen ?

(Bitte nur eine Alternative ankreuzen.)

- o Der Arzt sollte seine Bereitschaft zur Aufklärung über die Prognose signalisieren, die Aufklärung selbst aber davon abhängig machen, wie der Patient auf sein Gesprächsangebot reagiert.
- o Der Arzt sollte nur dann den Patienten über dessen Prognose aufklären, wenn dieser ausdrücklich danach fragt.
- o Der Arzt sollte nur dann den Patienten über dessen Prognose aufklären, wenn er es für richtig hält, unabhängig davon, ob dieser danach fragt.
- o Der Arzt sollte den Patienten in jedem Fall über dessen Prognose aufklären, ohne zu warten, bis dieser danach fragt.

☐ 31

Rand bitte frei lassen

14.) Was empfinden Sie, wenn Sie einen Hausbesuch bei einem Patienten machen, der an einer unheilbaren Krankheit leidet ?

(Bitte geben Sie anhand der vorgegebenen Abstufungen an, inwieweit die einzelnen nachfolgenden Aussagen für Sie zutreffen !)

	stimmt ganz genau	stimmt unge-fähr	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht	
Ich fühle mich wie bei jedem anderen Krankenbesuch auch.	o	o	o	o	☐ 53
Ich fühle mich aufgrund langjähriger Erfahrung sicher im Umgang mit diesem Patienten.	o	o	o	o	☐ 54
Ich fühle mich unwohl dabei.	o	o	o	o	☐ 55

15.) Inwieweit treffen folgende Probleme beim Aufklärungsgespräch mit einem unheilbar kranken Patienten auf Sie zu ?

(Bitte geben Sie anhand der vorgegebenen Abstufungen an, inwieweit die einzelnen nachfolgenden Aussagen für Sie zutreffen !)

	stimmt ganz genau	stimmt unge-fähr	stimmt eher nicht	stimmt überhaupt nicht	
Es fällt mir schwer, gefühlsmäßige Distanz zu wahren.	o	o	o	o	☐ 56
Es fällt mir schwer, meine dabei aufkommenden Gefühle zu verarbeiten.	o	o	o	o	☐ 57
Es fällt mir schwer, Anteilnahme zu zeigen.	o	o	o	o	☐ 58

bitte wenden!

11.2.2 Todesfurchtfragebogen von Hensle

Rand bitte frei lassen

- 6 -

Auf den folgenden Seiten geht es uns um Ihre Einstellungen zum Tod in ihrer möglichen Vielfalt und ihren Zusammenhängen. Wir bitten Sie daher, die einzelnen Feststellungen der Reihe nach durchzugehen. Entscheiden Sie, ob die jeweilige Feststellung für Sie zutrifft bzw. von Ihnen für richtig gehalten wird. Wenn ja, machen Sie bitte in der Spalte "stimmt" ein Kreuz. Wenn die Feststellung für Sie nicht zutrifft, setzen Sie bitte in der Spalte "stimmt nicht" ein Kreuz. Bitte antworten Sie, wie es für Sie persönlich zutrifft. Arbeiten Sie bitte rasch und zügig. Treffen Sie bei jedem der nachfolgenden Sätze eine Entscheidung - auch wenn sie schwer sein mag.

		stimmt	stimmt nicht
☐1	1. Ich habe überhaupt keine Angst zu sterben.	o	o
☐2	2. Meine allgemeine Lebensauffassung erlaubt einfach keine krankhaften Gedanken.	o	o
☐3	3. Der Tod sollte nicht als Tragödie betrachtet werden, wenn er nach einem fruchtbaren Leben auftritt.	o	o
☐4	4. Ich hätte nichts dagegen (gehabt), jung zu sterben.	o	o
☐5	5. Es gibt eine Form von Dasein, auch wenn unser jetziges Leben aufgehört hat.	o	o
☐6	6. Der Gedanke an den Tod kommt mir selten in den Sinn.	o	o
☐7	7. Es macht mich nervös, wenn andere über den Tod sprechen.	o	o
☐8	8. Insgeheim habe ich schon den Tod von Verwandten oder nahen Freunden gewünscht.	o	o
☐9	9. Es kann nie so schlimm werden, daß ein vernünftiger Mensch sich selbst das Leben nehmen würde.	o	o
☐10	10. Wenn ein Freund von mir im Sterben läge, wüßte ich nicht, was ich zu ihm sagen sollte.	o	o
☐11	11. Ich bin nicht besonders besorgt, Krebs zu bekommen.	o	o
☐12	12. Es würde mir nichts ausmachen, den Leichnam eines Bekannten zu identifizieren.	o	o

	stimmt	stimmt nicht	Rand bitte frei lassen
13. Ich würde Angst empfinden, wenn jemand, der im Sterben liegt, mit mir darüber spräche.	o	o	☐
14. Ich befürchte, einen schmerzhaften Tod zu sterben.	o	o	☐
15. Der Tod kommt, um uns zu trösten.	o	o	☐
16. Ich störe mich nicht daran, daß der Tod das Ende des Lebens ist.	o	o	☐
17. Ich würde über den Tod eines Nahestehenden nie hinwegkommen.	o	o	☐
18. In Gegenwart eines Sterbenden würde ich keine Angst empfinden.	o	o	☐
19. Ich habe manchmal Phantasien von meinem Tod.	o	o	☐
20. An den Tod denken, ist verlorene Zeit.	o	o	☐
21. Ich sehe den Tod als Erlösung von irdischem Leiden an.	o	o	☐
22. Ich habe Verlangen danach, nach dem Tod weiterzuleben.	o	o	☐
23. Ich befasse mich viel weniger mit dem Tod als die Menschen um mich herum.	o	o	☐
24. Die Vorstellung, nach dem Tod nie wieder zu denken oder Erfahrungen zu machen, quält mich nicht.	o	o	☐
25. Beim Autofahren ärgere ich mich oft über die hohe Zahl von Verkehrstoten.	o	o	☐
26. Ich will nicht gerade jetzt sterben, bin aber froh, daß ich eines Tages sterben werde.	o	o	☐
27. Auch wenn viele Menschen dadurch verstört werden, erschreckt mich der Anblick eines frischen Grabes nicht.	o	o	☐
28. Ich finde es schwierig, der letzten Tatsache Tod ins Auge zu sehen.	o	o	☐
29. Ich habe Angst vor dem Totsein.	o	o	☐

bitte wenden !

Rand bitte frei lassen

	stimmt	stimmt nicht
30. Der geistige Abbau im Alter beunruhigt mich.	o	o
31. Der Tod ist die letzte und schlimmste Beleidigung für den Menschen.	o	o
32. Ich habe manchmal das Gefühl, daß mein Leben ohne Sinn ist.	o	o
33. Der Anblick eines Toten ist entsetzlich für mich.	o	o
34. Nach dem Tod eines mir Nahestehenden würde ich mich leicht wieder zurechtfinden.	o	o
35. Ich habe schon einmal gewünscht, ich wäre tot.	o	o
36. Ich denke manchmal über den Tod von Verwandten oder nahen Freunden nach.	o	o
37. Es würde meine Lebensführung in keiner Weise beeinflussen, wenn ich innerhalb eines bestimmten Zeitraums sterben müßte.	o	o
38. Manchmal stelle ich mir vor, wie meine Verwandten bei meinem Tod handeln und empfinden würden.	o	o
39. Der unausweichliche Tod stellt den Sinn menschlichen Daseins in Frage.	o	o
40. Die Möglichkeit des Todes geliebter Personen weckt in mir Angst.	o	o
41. Der Tod wäre einem angenehmer, wenn man schon vorher wüßte, was man dabei empfinden würde.	o	o
42. Es stört mich, daß ich durch meinen Tod so viel versäumen könnte.	o	o
43. Was wir Tod nennen, ist nur die Geburt der Seele zu neuem und herrlichem Leben.	o	o
44. Mich beunruhigt der körperliche Verfall, den ein langsamer Tod mit sich bringt.	o	o
45. Der Tod ist das schlechteste, was mir je passieren könnte.	o	o

11.2.3 Semantisches Differential von Potthoff

- 9 -

Rand bitte frei lassen

Auf dieser Seite finden Sie 17 Paare gegensätzlicher Eigenschaften, z. B. "gut - schlecht". Sie sollen jeweils angeben, ob Ihre Vorstellung vom Tod für Sie mehr mit der einen oder mit der anderen Seite dieser gegensätzlichen Eigenschaften verbunden ist. Zwischen den Eigenschaftsworten ist eine Linie mit sieben Markierungen (1-7) eingezeichnet.
Wenn Ihre Vorstellung vom Tod mehr der linken Eigenschaft entspricht, kreuzen Sie eine Markierung links (1, 2 oder 3) an.
Entspricht Ihre Vorstellung vom Tod mehr der rechten Eigenschaft, so kreuzen Sie bitte auf der Linie rechts (5, 6 oder 7) an.
Wenn Sie sich nicht entscheiden können, wählen Sie die Mitte (4).
Gehen Sie bitte alle Eigenschaftsworte zügig durch und kreuzen Sie spontan so an, wie es Ihnen unmittelbar einfällt. Lassen Sie kein Eigenschaftspaar aus!

"Tod"

	1	2	3	4	5	6	7	
süß	I	I	I	I	I	I	I	bitter
planmäßig	I	I	I	I	I	I	I	zufällig
gerecht	I	I	I	I	I	I	I	ungerecht
feindlich	I	I	I	I	I	I	I	freundlich
unvorhersagbar	I	I	I	I	I	I	I	vorhersagbar
friedlich	I	I	I	I	I	I	I	bedrohlich
schön	I	I	I	I	I	I	I	häßlich
vorläufig	I	I	I	I	I	I	I	endgültig
sanft	I	I	I	I	I	I	I	grausam
dunkel	I	I	I	I	I	I	I	hell
kalt	I	I	I	I	I	I	I	warm
angenehm	I	I	I	I	I	I	I	schrecklich
bedeutungslos	I	I	I	I	I	I	I	bedeutsam
zwangsweise	I	I	I	I	I	I	I	freiwillig
negativ	I	I	I	I	I	I	I	positiv
einmalig	I	I	I	I	I	I	I	normal
leicht	I	I	I	I	I	I	I	schwer

bitte wenden!

11.2.4 IPC-Fragebogen von Krampen

- 10 -

Rand bitte frei lassen

Wir sind uns bewußt, daß wir schon recht viel von Ihrer Zeit in Anspruch genommen haben. Wir möchten Sie aber trotzdem sehr bitten, als letztes die beiden folgenden Seiten auszufüllen.

Auf den folgenden Seiten werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Kästchen an, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

Hier ein Beispiel für die Beantwortung der Aussagen:

"Ich bin ein lebhafter Mensch." | --- | -- | - | + | ++ | +++ |

Ist diese Aussage für Sie sehr falsch, durchkreuzen Sie bitte ---

Ist diese Aussage für Sie falsch, durchkreuzen Sie bitte --

Ist diese Aussage für Sie eher falsch, durchkreuzen Sie bitte -

Ist diese Aussage für Sie eher richtig, durchkreuzen Sie bitte +

Ist diese Aussage für Sie richtig, durchkreuzen Sie bitte ++

Ist diese Aussage für Sie sehr richtig, durchkreuzen Sie bitte +++

Bitte bearbeiten Sie alle Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Grübeln Sie nicht an einzelnen Sätzen herum, sondern bearbeiten Sie den Fragebogen zügig.

	Diese Aussage ist:	sehr falsch					sehr richtig
☐1	1. Es hängt hauptsächlich von mir und von meinen Fähigkeiten ab, ob ich in einer Gruppe eine Führungsposition innehabe oder nicht.	---	--	-	+	++	+++
☐2	2. Zufällige Geschehnisse bestimmen zum großen Teil mein Leben.	---	--	-	+	++	+++
☐3	3. Ich habe das Gefühl, daß das meiste, was in meinem Leben passiert, von anderen Leuten abhängt.	---	--	-	+	++	+++
☐4	4. Ob ich mit dem Auto einen Unfall habe oder nicht, hängt vor allem von meinem fahrerischen Können ab.	---	--	-	+	++	+++
☐5	5. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich sicher, daß das Geplante auch Wirklichkeit wird.	---	--	-	+	++	+++
☐6	6. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen.	---	--	-	+	++	+++
☐7	7. Wenn ich bekomme, was ich will, so geschieht das meistens durch Glück.	---	--	-	+	++	+++

Rand bitte frei lassen

Diese Aussage ist:	sehr falsch					sehr richtig	
8. Obwohl ich dazu fähig bin, bekomme ich nur selten Führungsaufgaben übertragen.	---	--	-	+	++	+++	☐ 8
9. Die Zahl meiner Freunde hängt vor allem von mir und meinem Verhalten ab.	---	--	-	+	++	+++	☐ 9
10. Ich habe schon oft festgestellt, daß das, was passieren soll, auch eintritt.	---	--	-	+	++	+++	☐ 10
11. Mein Leben wird hauptsächlich von mächtigeren Leuten kontrolliert.	---	--	-	+	++	+++	☐ 11
12. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache.	---	--	-	+	++	+++	☐ 12
13. Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen.	---	--	-	+	++	+++	☐ 13
14. Es ist für mich nicht gut, weit im voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischen kommt.	---	--	-	+	++	+++	☐ 14
15. Um das zu bekommen, was ich gerne hätte, muß ich zu anderen freundlich sein.	---	--	-	+	++	+++	☐ 15
16. Ob ich Gruppenleiter werde oder nicht, hängt vor allem davon ab, daß ich zur rechten Zeit an der richtigen Stelle bin.	---	--	-	+	++	+++	☐ 16
17. Ich würde bestimmt nicht viele Freunde finden, wenn mich wichtige Leute nicht sympathisch finden würden.	---	--	-	+	++	+++	☐ 17
18. Ich kann ziemlich viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen.	---	--	-	+	++	+++	☐ 18
19. Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selbst vertreten.	---	--	-	+	++	+++	☐ 19
20. Ob ich einen Autounfall habe oder nicht, hängt vor allem von den anderen Autofahrern ab.	---	--	-	+	++	+++	☐ 20
21. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das meistens das Ergebnis harter Arbeit.	---	--	-	+	++	+++	☐ 21
22. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen auch nach den Wünschen wichtiger Leute.	---	--	-	+	++	+++	☐ 22
23. Mein Leben wird von meinem Verhalten bestimmt.	---	--	-	+	++	+++	☐ 23
24. Es ist eine Frage das Schicksals, ob ich wenige oder viele Freunde habe.	---	--	-	+	++	+++	☐ 24

bitte wenden!

- 12 -

Rand
bitte
frei
lassen

Wir sind uns darüber im klaren, daß das Thema "Umgang mit unheilbar kranken Patienten" (S.1-5 des Fragebogens) zu komplex ist, als daß man ihm anhand eines Fragebogens hinreichend gerecht werden könnte. Sollten Sie das Gefühl haben, daß Ihre persönliche Art des Umgangs mit unheilbar kranken Patienten nur unzureichend erfaßt wurde, können Sie sich gerne auf dieser freien Seite in eigenen Worten zu der Problematik äußern.
Dasselbe gilt für sonstige kritische Anmerkungen.

Noch eine letzte Frage bitte:
Halten Sie eine Befragung wie die unsere für sinnvoll ?

o ja

☐26 o nein

Bitte kontrollieren Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich jede Frage beantwortet haben!

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

☐☐☐

☐

11.3 Erinnerungsschreiben

Johannes Gutenberg-Universität Mainz
Fachbereich Medizin
Abteilung für Medizinische Psychologie

Saarstraße 21
6500 Mainz
Telefon 06131/39-5872
39-5904

Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Fachbereich Medizin,
Abteilung für Medizinische Psychologie, Saarstraße 21, 6500 Mainz

Datum 2.11.1983

Sehr verehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

vor etwa zwei Wochen hatte ich mir erlaubt, Sie um Ihre Teilnahme an einer Befragung durch die Abteilung für Medizinische Psychologie der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz zu bitten; meinem Anschreiben war ein Fragebogen beigegeben.

Bitte mißverstehen Sie mich nicht, wenn ich mich heute erneut in der gleichen Angelegenheit an Sie wende.

Aus Gründen ihrer Anonymität mußten auch diejenigen unter Ihnen, welche uns bereits geantwortet haben, ein zweites Mal angeschrieben werden. Gerne nehme ich die Gelegenheit wahr, diesen für ihre Unterstützung ganz herzlich zu danken.

All denen, die bislang nicht dazu gekommen sind, zögern oder sich gar eher abgeneigt fühlen zu antworten, möchte ich unser Anliegen hiermit noch einmal in Erinnerung bringen. Selbstverständlich respektiere ich die Motive eines jeden, doch bitte ich zu bedenken: der Wert der Ergebnisse unserer Befragung steigt mit der Zahl ihrer Teilnehmer. Erst wenn sie hinreichend groß ist, kann das ganze Spektrum möglicher Aussagen zu der angesprochenen Fragestellung erfaßt werden. Ich bitte sie daher noch einmal um ihre Mitarbeit.

Mit freundlichem Gruß

Ihr G. Huppmann

Prof. Dr. med. Gernot Huppmann

11.4 Häufigkeiten der Items des Todesfurchtfragebogens von Hensle

Item 1: "Ich habe überhaupt keine Angst zu sterben."

stimmt	27,7 %
stimmt nicht	71,7 %
fehlende Angaben	1,2 %

Item 2: "Meine allgemeine Lebensauffassung erlaubt einfach keine krankhaften Gedanken."

stimmt	29,1 %
stimmt nicht	69,0 %
fehlende Angaben	2,0 %

Item 3: "Der Tod sollte nicht als Tragödie betrachtet werden, wenn er nach einem fruchtbaren Leben auftritt."

stimmt	90,9 %
stimmt nicht	8,5 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 4: "Ich hätte nichts dagegen (gehabt), jung zu sterben."

stimmt	9,7 %
stimmt nicht	89,1 %
fehlende Angaben	1,2 %

Item 5: "Es gibt eine Form von Dasein, auch wenn unser jetziges Leben aufgehört hat."

stimmt	63,4 %
stimmt nicht	33,8 %
fehlende Angaben	2,8 %

Item 6: "Der Gedanke an den Tod kommt mir selten in den Sinn."

stimmt	38,9 %
stimmt nicht	60,5 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 7: "Es macht mich nervös, wenn andere über den Tod sprechen."

stimmt	8,1 %
stimmt nicht	91,3 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 8: "Insgeheim habe ich schon den Tod von Verwandten oder nahen Freunden gewünscht."

stimmt	16,0 %
stimmt nicht	83,4 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 9: "Es kann nie so schlimm werden, daß ein vernünftiger Mensch sich das Leben nimmt."

stimmt	36,8 %
stimmt nicht	62,5 %
fehlende Angaben	0,8 %

Item 10: "Wenn ein Freund von mir im Sterben läge, wüßte ich nicht , was ich zu ihm sagen sollte."

stimmt	28,5 %
stimmt nicht	70,9 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 11: Ich bin nicht besonders besorgt, Krebs zu bekommen."

stimmt	51,0 %
stimmt nicht	48,6 %
fehlende Angaben	0,4 %

Item 12: "Es würde mir nichts ausmachen, den Leichnam eines Bekannten zu identifizieren."

stimmt	58,9 %
stimmt nicht	40,5 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 13: "Ich würde Angst empfinden, wenn jemand, der im Sterben liegt, mit mir darüber spräche."

stimmt	4,7 %
stimmt nicht	94,9 %
fehlende Angaben	0,4 %

Item 14: "Ich befürchte, einen schmerzhaften Tod zu sterben."

stimmt	42,5 %
stimmt nicht	56,5 %
fehlende Angaben	1,0 %

Item 15: "Der Tod kommt, um uns zu trösten."

stimmt	24,3 %
stimmt nicht	72,7 %
fehlende Angaben	3,0 %

Item 16: "Ich störe mich nicht daran, daß der Tod das Ende des Lebens ist."

stimmt	65,8 %
stimmt nicht	33,6 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 17: "Ich würde über den Tod eines Nahestehenden nie hinwegkommen."

stimmt	14,4 %
stimmt nicht	85,0 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 18: "In Gegenwart eines Sterbenden würde ich keine Angst empfinden."

stimmt	82,6 %
stimmt nicht	17,0 %
fehlende Angaben	0,4 %

Item 19: "Ich habe manchmal Phantasien von meinem Tod."

stimmt	19,2 %
stimmt nicht	80,2 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 20: "An den Tod denken, ist verlorene Zeit."

stimmt	20,0 %
stimmt nicht	79,2 %
fehlende Angaben	0,8 %

Item 21: "Ich sehe den Tod als Erlösung von irdischem Leiden an."

stimmt	44,3 %
stimmt nicht	54,7 %
fehlende Angaben	1,0 %

Item 22: "Ich habe Verlangen danach, nach dem Tod weiterzuleben."

stimmt	53,0 %
stimmt nicht	45,5 %
fehlende Angaben	1,6 %

Item 23: "Ich befasse mich viel weniger mit dem Tod als die Menschen um mich herum."

stimmt	36,6 %
stimmt nicht	62,1 %
fehlende Angaben	1,4 %

Item 24: "Die Vorstellung, nach dem Tod nie wieder zu denken oder Erfahrungen zu machen, quält mich nicht."

stimmt	68,8 %
stimmt nicht	30,2 %
fehlende Angaben	1,0 %

Item 25: "Beim Autofahren ärgere ich mich oft über die hohe Zahl von Verkehrstoten."

stimmt	52,6 %
stimmt nicht	46,4 %
fehlende Angaben	1,0 %

Item 26: "Ich will nicht gerade jetzt sterben, bin aber froh, daß ich eines Tages sterben werde."

stimmt	41,1 %
stimmt nicht	57,7 %
fehlende Angaben	1,2 %

Item 27: "Auch wenn viele Menschen dadurch verstört werden, erschreckt mich der Anblick eines frischen Grabes nicht."

stimmt	88,3 %
stimmt nicht	11,3 %
fehlende Angaben	0,4 %

Item 28: "Ich finde es schwierig, der letzten Tatsache Tod ins Auge zu sehen."

stimmt	56,9 %
stimmt nicht	42,5 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 29: "Ich habe Angst vor dem Totsein."

stimmt	24,7 %
stimmt nicht	74,5 %
fehlende Angaben	0,8 %

Item 30: "Der geistige Abbau im Alter beunruhigt mich."

stimmt	78,7 %
stimmt nicht	20,9 %
fehlende Angaben	0,4 %

Item 31: "Der Tod ist die letzte und schlimmste Beleidigung für den Menschen."

stimmt	3,2 %
stimmt nicht	96,2 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 32: "Ich habe manchmal das Gefühl, daß das Leben ohne Sinn ist."

stimmt	16,6 %
stimmt nicht	82,6 %
fehlende Angaben	0,8 %

Item 33: "Der Anblick eines Toten ist entsetzlich für mich."

stimmt	2,8 %
stimmt nicht	96,6 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 34: "Nach dem Tod eines mir Nahestehenden würde ich mich leicht wieder zurechtfinden."

stimmt	30,8 %
stimmt nicht	67,8 %
fehlende Angaben	1,4 %

Item 35: "Ich habe schon einmal gewünscht, ich wäre tot."

stimmt	38,9 %
stimmt nicht	60,5 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 36: "Ich denke manchmal über den Tod von Verwandten oder nahen Freunden nach."

stimmt	77,1 %
stimmt nicht	22,1 %
fehlende Angaben	0,8 %

Item 37: "Es würde meine Lebensführung in keiner Weise beeinflussen, wenn ich innerhalb eines bestimmten Zeitraums sterben müßte."

stimmt	31,6 %
stimmt nicht	67,6 %
fehlende Angaben	0,8 %

Item 38: "Manchmal stelle ich mir vor, wie meine Verwandten bei meinem Tod handeln und empfinden würden."

stimmt	44,1 %
stimmt nicht	55,3 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 39: "Der unausweichliche Tod stellt den Sinn menschlichen Daseins in Frage."

stimmt	14,6 %
stimmt nicht	84,6 %
fehlende Angaben	0,8 %

Item 40: "Die Möglichkeit des Todes geliebter Personen weckt in mir Angst."

stimmt	72,5 %
stimmt nicht	26,7 %
fehlende Angaben	0,8 %

Item 41: "Der Tod wäre einem angenehmer, wenn man schon vorher wüßte, was man dabei empfinden würde."

stimmt	39,5 %
stimmt nicht	58,9 %
fehlende Angaben	1,6 %

Item 42: "Es stört mich, daß ich durch meinen Tod so viel versäumen könnte."

stimmt	34,8 %
stimmt nicht	64,6 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 43: "Was wir Tod nennen, ist nur die Geburt der Seele zu neuem und herrlichem Leben."

stimmt	42,3 %
stimmt nicht	52,2 %
fehlende Angaben	5,5 %

Item 44: "Mich beunruhigt der körperliche Verfall, den ein langsamer Tod mit sich bringt."

stimmt	82,0 %
stimmt nicht	17,4 %
fehlende Angaben	0,6 %

Item 45: "Der Tod ist das schlechteste, was mir je passieren könnte."

stimmt	17,6 %
stimmt nicht	81,0 %
fehlende Angaben	1,4 %

11.5 Faktorenanalyse, Itemanalyse

11.5.1 Todesfurchtfragebogen nach Hensle

Der "Fragebogen zur Erfassung von Todesfurcht" von Hensle beinhaltet in seiner Endfassung 45 Items (siehe Abschnitt 6.2.1). Aufgrund einer Faktorenanalyse ergab sich bei einer Würzburger Studentengruppe als Probandenkollektiv eine Skalenstruktur mit sechs verschiedenen Faktoren (Hensle 1975, 1977).

Da es sich bei der von uns untersuchten Stichprobe ausschließlich um Ärzte handelte, ergab sich wegen des unterschiedlichen Ausgangskollektivs und der fehlenden Erprobung des Fragebogens die Notwendigkeit einer erneuten Überprüfung der Faktorenstruktur.

11.5.1.1 Methodik

Dem Beispiel von Hensle folgend unterzogen wir unsere Ergebnisse einer Faktorenanalyse mit orthogonaler Varimax-Rotation. Wie Hensle berechneten wir Zwei- bis Zehn-Faktoren-Lösungen, wobei wir möglichst eine Sechs- Faktoren-Lösung reproduzieren wollten (siehe Abschnitt 6.2.1, Tabelle 6).

Die von uns angestrebte Sechs-Faktoren-Lösung hätte 35,2 % der Varianz erklärt. Die Items 3, 4, 8, 25 und 41 des Todesfurchtfragebogens zeigten dabei eine Kommunalität von weniger als 0,2. In Tabelle 82 sind die von uns erstellten Eigenwerte der ersten zehn Faktoren mit dem Prozentsatz erklärter Varianz aufgeführt.

Tabelle 82: Eigenwerte und aufgeklärte Varianz der ersten zehn Faktoren des Todesfurchtfragebogens.

Faktoren des Todesfurchtfragebogens	Eigenwert	Varianz (%)
1	4,88	10,8
2	3,20	7,1
3	2,37	5,3
4	2,09	4,6
5	1,78	4,0
6	1,51	3,4
7	1,42	3,2
8	1,32	2,9
9	1,27	2,8
10	1,20	2,7

Aus dem Eintragen dieser Werte in ein Koordinatensystem, wobei die x-Achse (Abszisse) die Anzahl der Faktoren und die y-Achse (Ordinate) den Eigenwert angibt, resultiert das in Abbildung 11 dargestellte Bild.

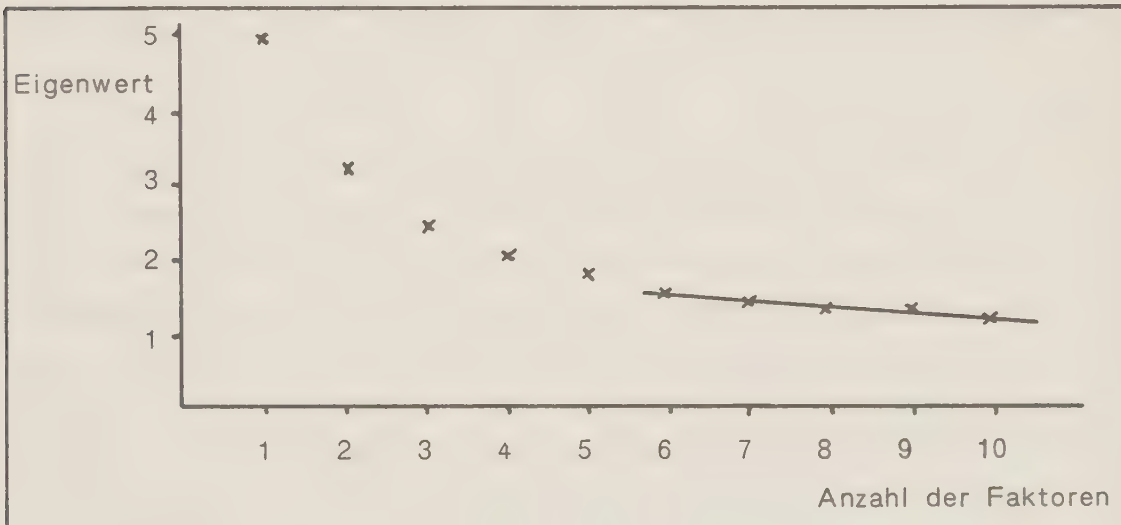


Abbildung 11: Scree-Test zum Todesfurchtfragebogen von Hensle.

Mit Hilfe der Graphik (Abbildung 11) ließ sich der von Cattell (1966) beschriebene Scree-Test zur Bestimmung der sinnvollen Anzahl der bei einen Faktorenanalyse zu diskriminierenden Faktoren durchführen. Dabei wurden diejenigen eingetragenen Werte, welche ungefähr auf einer Geraden liegen, miteinander verbunden. Der erste Wert, der nicht mehr auf der Geraden lag, bestimmte die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren (Gorsuch 1983, S. 167). Der Scree-Test legte in diesem Falle eine Fünf- Faktorenlösung nahe.

Allerdings werteten wir, dem Beispiel von Hensle folgend, alle Faktoren-Lösungen von 2 bis 10 Faktoren aus und interpretierten sie. Hensle betrachtete nur solche Items als zu einem Faktor dazugehörig, die auf diesem Faktor eine stärkere Ladung als 0,28 aufwiesen. Um unsere Ausschlußkriterien denen von Hensle anzugleichen, berücksichtigten wir ebenfalls nur Items mit einer Ladung von mindestens 0,28.

Die Zwei-Faktoren-Lösung zeigte bereits eine deutliche Aufspaltung in Items der "Todesfurcht" (Skala A bei Hensle) und Items der "Beschäftigung mit dem Tod" (Skala B bei Hensle). Dennoch erhielten wir keine saubere Trennung der beiden Bereiche, da noch einige Items zur "Todesfurcht" auf dem Faktor 2 luden, der sonst größtenteils mit den Items zur "Beschäftigung mit dem Tod" besetzt war.

Die Drei-Faktoren-Lösung ergab eine Aufspaltung in "Todesfurcht"-Items (Skala A bei Hensle), Items der "Beschäftigung mit dem Tod" (Skala B bei Hensle) und Items zum "Jenseitsglauben" (Skala C bei Hensle). Die ursprünglichen Hensle-Skalen stellten sich aber nur unsauber dar. So enthielt der Faktor 1 der Drei-Faktoren-Lösung nur 18 Items der ursprünglich aus 28 Items bestehenden Skala A. Der Faktor 2 ließ drei Original-Items der Skala B vermissen, enthielt allerdings zusätzlich drei Items aus der ursprünglichen Skala A. Faktor 3 bestand neben den drei Items zum Jenseitsglauben noch aus zwei Items der Skala A. Sieben Items ließen sich wegen zu geringer Ladung keinem der drei Faktoren zuordnen.

Die Vier-Faktoren-Lösung zeigte in Faktor 2 nur Items der "Beschäftigung mit dem Tod", wobei gegenüber der Original-Skala B allerdings drei Items fehlten. In Faktor 4 fanden wir nur Items zum "Jenseitsglauben", wodurch er der Skala C von Hensle ganz entsprach. Von den ursprünglichen Items der Skala A fanden wir 12 Items in Faktor 1 und 15 Items in Faktor 3. Eine Zuordnung der Subskalen A1 bis A4 zu den Faktoren 1 und 3 der Vier-Faktoren-Lösung war nicht möglich. Insgesamt drei Items zeigten in der Vier-Faktoren-Lösung auf mehr als einem Faktor höhere Ladungen. Zehn Items luden auf keinem der genannten vier Faktoren ausreichend.

Die Fünf-Faktoren-Lösung wies in Faktor 2 alle Items der Original-Skala B von Hensle außer dem Item "Ich hätte nichts dagegen gehabt, jung zu sterben" auf, welches auch inhaltlich nicht unbedingt zur "Beschäftigung mit dem Tod" dazugehört. Dafür zeigte das Item 36 "Ich denke manchmal über den Tod von Verwandten oder nahen Freunden nach" eine zu berücksichtigende Ladung auf Faktor 2. Inhaltlich paßt dieses Item tatsächlich sehr gut zur "Beschäftigung mit dem Tod" und weniger zur "Todesfurcht". Der sich dadurch ergebende Faktor 2 drückte somit die "Beschäftigung mit dem Tod" inhaltlich genauer aus. Wie Skala B bei Hensle enthielt Faktor 2 insgesamt 11 Items. Der Faktor 3 ergab genau die Jenseitsglaubensskala von Hensle mit nur 3 Items. Die Faktoren 1, 4 und 5 entsprachen der Todesfurchtskala A von Hensle, wobei Items aus allen vier Todesfurchtsubskalen A1 bis A4 in den Faktoren 1 und 5 enthalten waren, während Faktor 4 überwiegend Items der Subskalen A1 ("Affektive Ablehnung und Abwehr des Todes") beinhaltete. Fünf Items entfielen aufgrund zu geringer Ladung, vier Items hatten auf mehr als einem Faktor höhere Ladungen.

Die Sechs-Faktoren-Lösung ergab im Faktor 2 das gleiche Bild wie die Fünf-Faktoren-Lösung. Er enthielt nur Items der ursprünglichen Skala B, wobei das Item 36 ("Ich denke manchmal über den Tod von Verwandten oder nahen Freunden nach") hinzukam. In Faktor 3 fanden wir wieder die drei Items zum "Jenseitsglauben", allerdings erweitert durch das Item 21 ("Ich sehe den Tod als Erlösung von irdischem Leiden an"). Auf

die Faktoren 1, 4, 5, und 6 verteilten sich wieder die Items der Skala A. Faktor 1 war wiederum unspezifisch von Items aus allen vier Subskalen besetzt, in Faktor 4 fanden sich überwiegend Items aus der Subskala A1 ("Affektive Ablehnung und Abwehr des Todes"), in Faktor 5 überwiegend Items der Subskala A4 ("Besorgnis gegenüber dem Prozess des Alterns und Sterbens") und in Faktor 6 überwiegend Items der Subskala A2 ("Nicht-Akzeptieren der Lebensendlichkeit"). In den Faktoren 4, 5 und 6 fanden wir allerdings nur eine sehr verwaschene Abbildung der ursprünglichen Subskalen. So tauchten in Faktor 4 darüber hinaus zwei ehemalige B-Items auf, wogegen drei ehemalige A1-Items entfielen. In Faktor 5 fanden sich insgesamt nur vier A4-Items, hinzu kamen zwei A3-Items. In Faktor 6 fanden sich ebenfalls nur vier A2-Items mit zusätzlichen zwei A1-Items. Als sehr ungünstig erwies sich bei dieser von uns zunächst angestrebten Lösung auch, daß insgesamt acht Items auf zwei verschiedenen Faktoren eine hohe Ladung aufwiesen. Aufgrund zu geringer Ladung entfielen in dieser Lösung sechs Items. Außerdem ließ sich ein Faktor, der der Subskala A3 ("Erwartete Betroffenheit durch den Tod anderer") entsprach, nicht finden.

Die Sieben-, Acht-, Neun- und Zehn-Faktoren-Lösung bildeten erneut die ehemaligen Skalen B und C relativ eindeutig ab. Die Subskalen A1 bis A4 ließen sich nicht so wie bei Hensle darstellen. Die Faktoren, die über das Sechs-Faktoren-Konzept hinausgingen, erwiesen sich für unsere Untersuchung als nicht brauchbar.

Einige Autoren wie Lord und Novick (1968) sowie McDonald (1969) ziehen bei den Faktorenanalysen von dichotomen Variablen, wie sie bei unseren Items durch die Antwortmöglichkeiten "stimmt"/"stimmt nicht" gegeben sind, die Anwendung von tetrachorischen Koeffizienten vor, während die bisher beschriebenen Faktorenanalysen (analog Hensle) auf der Grundlage von Phi-Koeffizienten erstellt wurden. Dem tetrachorischen Koeffizienten liegt die Annahme zugrunde, daß das beobachtete Merkmal eine Dichotomisierung der latenten normalverteilten Variablen darstellt.

Um die ursprüngliche Faktorenverteilung von Hensle eventuell besser verifizieren zu können, berechneten wir auf der Grundlage von tetrachorischen Koeffizienten erneut mit Hilfe einer Varimax-Rotation Faktorenanalysen mit 2 bis 7 Faktoren. Im Ergebnis unterschieden sich diese Faktorenanalysen jedoch kaum von den oben angeführten Faktorenanalysen auf der Grundlage von Phi-Koeffizienten. Die Ergebnisse zeigten in etwa die bereits oben angeführten Faktorenverteilungen.

Die aufgezeigten Faktorenanalysen erwiesen sich somit als nicht ganz befriedigend. Um den von Hensle konstruierten Skalen eventuell doch näher zu kommen, berechneten wir nochmals Faktorenanalysen, nachdem wir die Items 3, 4, 7, 8, 13, 25, 31, 33 und 41 aufgrund deren geringen Schwierigkeitsindexes und/oder geringer Kommunalität (kleiner als 0,2) eliminiert hatten. Dabei erstellten wir wieder Zwei- bis Sieben-Faktoren-Lösungen, jeweils sowohl auf der Grundlage von Phi-Koeffizienten als auch auf der Grundlage von tetrachorischen Koeffizienten.

Auch nach Elimination der neun Items wurde das Bild der Faktoren nicht wesentlich verändert. Als Beispiel dafür sei die Fünf-Faktoren-Lösung nach Item-Elimination auf der Grundlage von Phi-Koeffizienten beschrieben. Wir fanden hier in Faktor 1 die meisten Items der ehemaligen Skala B, der Faktor 3 entsprach der ursprünglichen Skala C ("Jenseitsglauben") mit den hinzutretenden Items 15 ("Der Tod kommt, um uns zu trösten") und 21 ("Ich sehe den Tod als Erlösung von irdischem Leiden an"). Der Faktor 2 entsprach inhaltlich dem Faktor 1 der Fünf-Faktoren-Lösung ohne Elimination von Items. Der Faktor 4 deckte sich in etwa mit der Subskala A2 ("Nicht-Akzeptieren der Lebensendlichkeit"), der Faktor 5 mit dem Faktor 5 der Fünf-Faktoren-Lösung ohne Elimination von Items. Weitere drei Items entfielen aufgrund zu geringer Ladungen, sechs Items luden auf mehreren Faktoren hoch.

Wir sehen hier am Beispiel der Fünf-Faktoren-Lösung, daß die Elimination der oben angeführten neun Items nicht zu der gehofften klareren Lösung des Faktoren-Problems geführt hat. Auch alle weiteren Faktoren-Lösungen zeigten keine Vorteile im Vergleich zu den Faktoren-Lösungen ohne Elimination von neun Items. Da außerdem wiederum einige Items aufgrund zu geringer Ladungen entfallen wären, hätte letztlich ein Fragebogen mit einer um ein Viertel bis ein Drittel reduzierten Item-Anzahl vorgelegen.

Unter den nunmehr 27 verschiedenen vorliegenden Faktorenanalysen des Hensle-Fragebogens, entschieden wir uns für diejenige Lösung, bei der nur wenige Items aufgrund zu geringer Ladung entfielen, in der nur eine geringe Anzahl von auf mehreren Faktoren ladenden Items zu finden war und deren Faktorenstruktur den Hensle-Skalen am besten entsprach. Diesen Kriterien wurde, auch unter Berücksichtigung des Scree-Tests, am besten die Fünf-Faktoren-Lösung ohne Elimination von Items auf der Basis von Phi-Koeffizienten gerecht.

11.5.1.2 Die Fünf-Faktoren-Lösung auf der Basis von Phi-Koeffizienten

Mit der von uns gewählten Fünf-Faktoren-Lösung erklärten wir 31,8 % der Varianz. (Hensle erreichte mit seiner Sechs-Faktoren-Lösung einen Anteil von 28 % aufgeklärter Varianz). Sie hatte den geringsten Anteil an Items, die auf mehr als einem Faktor hohe Ladung zeigten (insgesamt vier Items). Aufgrund zu geringer Ladungen mußten nur fünf Items (die Items 3, 4, 25, 27, 41) entfallen (Tabelle 83), von denen vier (Items 3, 4, 25 und 41) ohnehin eine Kommunalität von weniger als 0,2 aufwiesen.

Tabelle 83: Fünf-Faktoren-Lösung der Todesfurchtskala nach Hensle.

Item-Nummer	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
1	0,54	0,15	0,00	-0,03	-0,29
2	0,36	0,39	-0,02	0,13	-0,14
3	0,23	0,09	-0,03	-0,13	0,05
4	0,24	-0,06	0,08	0,02	-0,21
5	-0,01	-0,07	0,71	-0,12	-0,05
6	0,14	0,53	-0,13	0,07	-0,13
7	-0,08	0,08	-0,06	0,33	0,12
8	0,03	-0,32	-0,11	0,15	0,06
9	0,15	0,36	0,15	0,08	-0,09
10	-0,19	0,10	-0,05	0,33	0,22
11	0,17	0,00	-0,05	0,00	-0,31
12	0,38	0,18	-0,01	-0,01	-0,08
13	-0,12	0,02	0,02	0,39	0,12
14	-0,01	-0,05	-0,02	-0,07	0,43
15	0,35	0,02	0,23	-0,07	0,16
16	0,46	0,10	-0,26	-0,17	-0,11
17	-0,07	-0,04	0,03	0,19	0,31
18	0,35	0,08	-0,05	-0,16	-0,10
19	-0,03	-0,38	0,04	0,16	0,14
20	0,21	0,43	-0,25	0,29	-0,12
21	0,35	-0,07	0,26	-0,19	0,23
22	-0,16	-0,05	0,69	0,06	0,07
23	0,25	0,50	-0,18	0,13	-0,09
24	0,36	0,13	-0,20	-0,22	0,03
25	0,17	0,05	0,20	0,07	0,25
26	0,47	-0,18	0,09	-0,17	0,15
27	0,14	0,09	-0,01	-0,15	-0,15
28	-0,47	-0,05	-0,05	0,22	0,24
29	-0,44	-0,01	0,13	0,33	0,17
30	0,04	-0,08	0,05	0,04	0,36
31	-0,03	-0,02	0,07	0,51	0,00
32	0,00	-0,33	-0,22	0,28	0,02
33	-0,06	-0,13	0,01	0,34	0,04
34	0,27	0,07	-0,01	0,06	-0,24
35	0,03	-0,49	-0,09	-0,05	-0,02
36	-0,08	-0,31	0,17	0,05	-0,05
37	0,41	0,11	0,05	-0,02	-0,03
38	-0,04	-0,37	0,13	0,15	0,13
39	-0,01	-0,06	-0,08	0,47	0,00
40	-0,19	-0,11	0,04	0,07	0,51
41	0,04	-0,16	0,10	0,24	0,17
42	-0,20	0,00	-0,01	0,33	0,05
43	0,13	-0,02	0,73	-0,04	0,01
44	-0,02	-0,10	-0,12	0,12	0,37
45	-0,14	0,19	-0,12	0,42	0,14

Da die resultierenden Faktoren 1, 4 und 5 inhaltlich nur ungenau den Subskalen von Hensle zugeordnet werden konnten, mußten wir teilweise eine neue Benennung dieser Faktoren vornehmen. In Faktor 1 sahen wir ein "Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes" (einschließlich "Nicht-Akzeptieren der Lebensendlichkeit"). Faktor 4 erfaßt mehr die "Affektive Ablehnung und Abwehr des Todes, die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren". Faktor 5 drückt eine "Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen" aus. In ihm kommt vor allem die auf die eigene Person bezogene Relevanz des Todes zum Ausdruck. Faktor 2 entspricht bis auf ein neu hinzukommendes Item fast vollständig der Skala B von Hensle ("Beschäftigung mit dem Tod"), der Faktor 3 beinhaltet die drei Items der Skala C ("Jenseitsglauben"). In Tabelle 84 stellen wir die einzelnen Faktoren dar.

Das Item 1 findet sich in Faktor 1 und Faktor 5, das Item 2 in Faktor 1 und Faktor 2, das Item 20 in Faktor 2 und Faktor 4, das Item 29 in Faktor 1 und Faktor 4; die erhaltenen fünf Einzelfaktoren sind also (wie übrigens auch Hensles Subskalen) nicht vollständig disjunkt.

Tabelle 84: Fünf-Faktoren-Lösung ohne Elimination von Items auf der Basis von Phi-Koeffizienten. (Die Höhe der Ladung des Einzelitems ist jeweils in Klammern hinter dem Item angegeben.)

Faktor 1: Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes - einschließlich Fehlen akzeptierender Einstellung zu Tod und Endlichkeit des Daseins (Items aus den Hensle-Subskalen A1 bis A4).

1) Ich habe überhaupt keine Angst zu sterben. (0,54)
2) Meine allgemeine Lebensauffassung erlaubt einfach keine krankhaften Gedanken. (0,36)
12) Es würde mir nichts ausmachen, den Leichnam eines Bekannten zu identifizieren. (0,38)
15) Der Tod kommt um uns zu trösten. (0,35)
16) Ich störe mich nicht daran, daß der Tod das Ende des Lebens ist. (0,46)
18) In Gegenwart eines Sterbenden würde ich keine Angst empfinden. (0,35)
21) Ich sehe den Tod als Erlösung von irdischem Leiden an. (0,35)

(Fortsetzung von Tabelle 84)

24) Die Vorstellung, nach dem Tod nie wieder zu denken oder Erfahrungen zu machen, quält mich nicht. (0,36)

26) Ich will nicht gerade jetzt sterben, bin aber froh, daß ich eines Tages sterben werde. (0,47)

28) Ich finde es schwierig, der letzten Tatsache Tod ins Auge zu sehen. (-0,47)

29) Ich habe Angst vor dem Totsein. (-0,44)

34) Nach dem Tod eines mir Nahestehenden würde ich mich leicht wieder zurechtfinden. (0,27)

37) Es würde meine Lebensführung in keiner Weise beeinflussen, wenn ich innerhalb eines bestimmten Zeitraumes sterben müßte. (0,41)

Faktor 2: Beschäftigung mit dem Tod (entspricht weitgehend Hensle-Skala B)

2) Meine allgemeine Lebensauffassung erlaubt einfach keine krankhaften Gedanken. (0,39)

6) Der Gedanke an den Tod kommt mir selten in den Sinn. (0,53)

8) Insgeheim habe ich schon den Tod von Verwandten oder nahen Freunden gewünscht. (-0,32)

9) Es kann nie so schlimm werden, daß ein vernünftiger Mensch sich selbst das Leben nehmen würde. (0,36)

19) Ich habe manchmal Phantasien von meinem Tod. (-0,38)

20) An den Tod denken ist verlorene Zeit. (0,43)

23) Ich befasse mich viel weniger mit dem Tod als die Menschen um mich herum. (0,50)

32) Ich habe manchmal das Gefühl, daß mein Leben ohne Sinn ist. (-0,33)

35) Ich habe schon einmal gewünscht, ich wäre tot. (-0,49)

36) Ich denke manchmal über den Tod von Verwandten oder nahen Freunden nach. (-0,31)

38) Manchmal stelle ich mir vor, wie meine Verwandten bei meinem Tod handeln und empfinden würden. (-0,37)

(Fortsetzung von Tabelle 84)

Faktor 3: Jenseitsglauben (entspricht Hensle-Skala C)

5) Es gibt eine Form von Dasein, auch wenn unser jetziges Leben aufgehört hat. (0,71)
22) Ich habe ein Verlangen danach, nach dem Tod weiterzuleben. (0,69)
43) Was wir Tod nennen, ist nur die Geburt zu neuem und herrlichem Leben. (0,73)

Faktor 4: Affektive Ablehnung und Abwehr des Todes, die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren (entspricht ungefähr Hensle-Subskala A1)

7) Es macht mich nervös, wenn andere über den Tod sprechen. (0,33)
10) Wenn ein Freund von mir im Sterben läge, wüßte ich nicht, was ich zu ihm sagen sollte. (0,33)
13) Ich würde Angst empfinden, wenn jemand, der im Sterben liegt, mit mir darüber spräche. (0,39)
20) (An den Tod denken ist verlorene Zeit.) (0,29)
29) Ich habe Angst vor dem Totsein. (0,33)
31) Der Tod ist die letzte und schlimmste Beleidigung für den Menschen. (0,51)
33) Der Anblick eines Toten ist entsetzlich für mich. (0,34)
39) Der unausweichliche Tod stellt den Sinn menschlichen Daseins in Frage. (0,47)
42) Es stört mich, daß ich durch meinen Tod so viel versäumen könnte. (0,33)
45) Der Tod ist das Schlechteste, was mir je passieren könnte. (0,42)

Faktor 5: Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen (vor allem Items aus Hensle-Subskala A4)

1) Ich habe überhaupt keine Angst zu sterben. (-0,29)
11) Ich bin nicht besonders besorgt, Krebs zu bekommen. (-0,31)

(Fortsetzung von Tabelle 84)

14) Ich befürchte einen schmerzhaften Tod zu sterben. (0,43)
17) Ich würde über den Tod eines mir Nahestehenden nie hinwegkommen. (0,31)
30) Der geistige Abbau im Alter beunruhigt mich. (0,36)
40) Die Möglichkeit des Todes geliebter Personen weckt in mir Angst. (0,51)
44) Mich beunruhigt der körperliche Verfall, den ein langsamer Tod mit sich bringt. (0,37)

11.5.1.3 Itemanalyse der Fünf-Faktoren-Lösung

Zum Nachweis der inneren Konsistenz der jeweiligen Faktoren führten wir in der endgültigen Skalenkonstruktion Itemanalysen durch. Als Kriterium für den Verbleib in dem betreffenden Faktor bestimmten wir in der Trennschärfenanalyse als tolerablen Grenzwert eine Korrelation von mindestens 0,2 mit den anderen Items dieses Faktors. Dadurch schied lediglich das Item 20 aus dem Faktor 4 aus, da hier nur eine Korrelation von 0,10 zu den übrigen Items zu finden war. Die restlichen Faktoren 1, 2, 3 und 5 wurden wie oben aufgeführt belassen.

Nach dem Vorbild von Hensle bildeten wir noch einen Gesamtfaktor "Todesfurcht" aus den Faktoren 1, 4 und 5 und unterzogen die so gewonnene Gesamtskala ebenfalls einer Itemanalyse. Aus den ursprünglich 28 Items der Gesamtskala mußten wir das Item 20 und das Item 30 aufgrund einer zu geringen Trennschärfe entfernen. Wir erhielten schließlich eine Gesamtskala "Todesfurcht" mit 26 Items.

In Tabelle 85 führen wir die nach der Split-half-Methode errechneten Faktoren an. Die Reliabilität bezeichnet die Zuverlässigkeit bzw. Meßgenauigkeit des benutzten Testinstrumentes und stellt eines der drei

klassischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität) für psychologische Testverfahren dar (Hauss 1976, S. 240 f). Die angegebenen Koeffizienten lassen das Ausmaß der inneren Konsistenz der Einzelfaktoren erkennen.

Tabelle 85: Reliabilitäts-Koeffizienten der von uns erarbeiteten Faktoren des Todesfurchtfragebogens nach Durchführung einer Itemanalyse. (Die von Hensle ermittelten Reliabilitätskoeffizienten sind in Klammern angegeben, soweit die jeweiligen Faktoren vergleichbar sind.)

Faktor	Benennung des Faktors	Reliabilitäts-Koeffizient (alpha)
1	"Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes (einschließlich Fehlen akzeptierender Einstellung zur Lebensendlichkeit)"	0,73
2	"Beschäftigung mit dem Tod"	0,71 (0,77)
3	"Jenseitsglauben"	0,76 (0,71)
4	"Affektive Ablehnung und Abwehr des Todes, (die sich in Angst und Unsicherheit bei der Konfrontation mit Sterbenden manifestieren)"	0,58
5	"Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen"	0,59
Gesamttodesfurchtskala		0,77 (0,83)

Die Reliabilitäten in unseren Faktoren weisen zum Teil etwas niedrigere Werte als in der Originalskala von Hensle auf.

11.5.1.4 Interkorrelationen der Skalen

Nach Abschluß der neuen Skalenkonstruktion berechneten wir noch die Korrelationen der einzelnen Skalen untereinander. Als Übersicht diene Tabelle 86.

Tabelle 86: Interkorrelationen der von uns erstellten Skalen des Todesfurchtfragebogens.

Todesfurchtskala	F1	F2	F3	F4	F5
F1: Ausmaß der Betroffenheit von der Realität des Sterbens und des Todes (13 Items)					
F2: Beschäftigung mit dem Tod (11 Items)	0,34				
F3: Jenseitsglauben (3 Items)	0,00	0,09			
F4: Affektive Ablehnung und Abwehr des Todes (9 Items)	0,45	0,03	-0,05		
F5: Besorgnis gegenüber dem eigenen Sterben und dem Verlust von Angehörigen (7 Items)	0,40	0,26	0,03	0,34	
GES: Gesamttodesfurchtskala (26 Items)	0,89	0,29	-0,02	0,71	0,65

Die von uns überprüften Interkorrelationen liegen teilweise, besonders wenn man den Zusammenhang zwischen der "Beschäftigung mit dem Tod" und der Gesamtskala "Todesfurcht" betrachtet, etwas höher als bei der Original-Skala von Hensle. Ein Zusammenhang zwischen Todesbeschäftigung und Todesfurcht erscheint inhaltlich jedoch durchaus erklärbar, zumal die in diesem Fragebogen angeführten Items zur Todesbeschäftigung oft besonders eine angstvolle Beschäftigung mit dem Tod meinen.

Die Skala F3 ("Jenseitsglauben") zeigt wie auch bei Hensle die geringste Interkorrelation zu den übrigen Skalen. Somit scheint der Jenseitsglaube überhaupt nicht mit der Todesfurcht oder der Beschäftigung mit dem Tod zusammenzuhängen.

Die Gesamttodesfurchtskala korreliert mit den Subskalen naturgemäß wegen der bestehenden rechnerischen Abhängigkeit sehr hoch (bis 0,89); die Subskalen untereinander korrelieren bis zu einer Höhe von 0,45.

11.5.2 Semantisches Differential nach Potthoff

Auch beim Semantischen Differential führten wir eine Faktorenanalyse durch. Bereits Potthoff hatte in seiner Studie eine Faktorenanalyse berechnet, diese aber nicht weiter verfolgt, da sich nur ein Faktor ergeben hatte (Potthoff 1980, S. 72). Mit Hilfe einer Varimax-Rotation berechneten wir eine Zwei- und eine Drei-Faktoren-Lösung.

Die ersten fünf Faktoren sind in der Tabelle 87 mit ihrem Eigenwert und der erklärten Varianz aufgeführt. Bereits ein Faktor klärte mit einem Eigenwert von 6,01 einen Anteil von 35,4 % der Varianz auf.

Tabelle 87: Eigenwert und aufgeklärte Varianz der ersten fünf Faktoren des Semantischen Differentials.

Faktor	Eigenwert	erklärte Varianz (%)
1	6,01	35,4
2	1,45	8,5
3	1,10	6,4
4	1,06	6,2
5	1,00	5,9

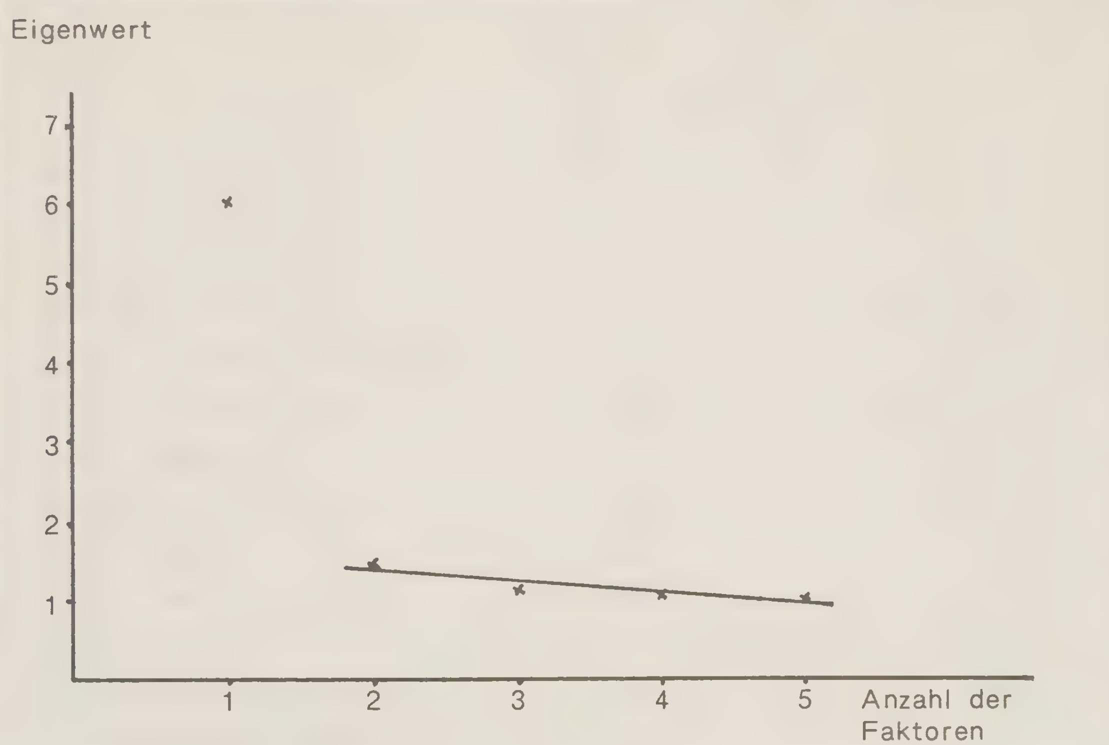


Abbildung 12:Scree-Test zum Semantischen Differential nach Potthoff.

Der Scree-Test (Abbildung 12) legte eine Ein-Faktorenlösung nahe.

In der Zwei-Faktoren-Lösung (Tabelle 88) fanden wir im Faktor 1 insgesamt zehn Items, die eine Ladung von über 0,5 hatten. Dieser Faktor 1 zeigte im ganzen deutlich höhere Ladungen als die Faktoren des Todesfurchtfragebogens (siehe Abschnitt 7.4.1). Jedes der zehn auf diesem Faktor stark ladenden Items enthielt emotionale Wertungen (z.B. "süß, "friedlich", "schön", "sanft"). Die auf diesem Faktor nicht ladenden Items waren sachlicher (z.B. "unvorhersagbar", "vorläufig", "bedeutungslos"). In Faktor 2 der Zwei-Faktoren-Lösung fanden wir nur ein Item über 0,5 ladend ("gerecht"), so daß wir darauf verzichteten, hieraus einen selbständigen Faktor zu bilden. Die Drei-Faktoren-Lösung brachte bezüglich dieser Strukturen kaum Veränderungen.

Tabelle 88: Zwei-Faktoren-Lösung des Semantischen Differentials.

Item	Faktor 1	Faktor 2
süß-bitter	0,67	0,17
planmäßig-zufällig	0,03	0,40
gerecht-ungerecht	0,15	0,72
feindlich-freundlich	-0,60	-0,33
unvorhersagbar-vorhersagbar	-0,21	0,07
friedlich-bedrohlich	0,54	0,36
schön-häßlich	0,71	0,25
vorläufig-endgültig	0,25	0,25
sanft-grausam	0,68	0,36
dunkel-hell	-0,68	-0,09
kalt-warm	-0,69	-0,01
angenehm-schrecklich	0,79	0,19
bedeutungslos-bedeutsam	0,20	-0,18
zwangsweise-freiwillig	-0,44	0,00
negativ-positiv	-0,66	-0,32
einmalig-normal	-0,19	-0,09
leicht-schwer	0,65	0,14

Faktor 1 sollte uns bei unserer Untersuchung vor allem zur Beschreibung der emotionalen Wertung des Todes dienen (Tabelle 89). Der so aus dem Semantischen Differential gewonnene Faktor erfaßt einen anderen Aspekt der Todesfurcht im Vergleich zu den Subskalen des Todesfurchtfragebogens (siehe Abschnitt 7.6).

Tabelle 89: Faktor der emotionalen Wertung des Todes.

Item	Ladung
"süß" - "bitter"	0,67
"feindlich" - "freundlich"	-0,60
"friedlich" - "bedrohlich"	0,54
"schön" - "häßlich"	0,71
"sanft" - "grausam"	0,68
"dunkel" - "hell"	-0,68
"kalt" - "warm"	-0,69
"angenehm" - "schrecklich"	0,79
"negativ" - "positiv"	-0,66
"leicht" - "schwer"	0,65

Die sieben restlichen Items des Semantischen Differentials, die nicht unter diesem Faktor zu subsummieren waren, konnten nur als Einzelitems korreliert werden und hatten dadurch eine geringere Aussagekraft.

Mit dem so gewonnenen Faktor aus dem Semantischen Differential führten wir eine Itemanalyse durch. Die Items zeigten alle eine sehr hohe Korrelation zur Gesamtskala. Die Reliabilität ($\alpha = 0,90$) ist ebenfalls hoch.

11.5.3 IPC-Fragebogen nach Krampen

Der IPC-Fragebogen, der 1981 von Krampen veröffentlich wurde, erschien von seiner Skalenkonstruktion her zuverlässig. Vor der Veröffentlichung wurde er insgesamt an über 860 Probanden getestet. Die Skalen wurden faktorenanalytisch bestimmt. Da es sich jedoch bei unserer Untersuchung um eine bezüglich der Berufsgruppe sehr homogene Stichprobe handelte, aufgrund dessen wir abweichende Antwortmuster erwarteten, war es notwendig, die von Krampen erarbeiteten Skalen erneut faktorenanalytisch zu überprüfen.

Krampen hatte bei der Entwicklung seiner Skalen eine Vier-Faktoren-Analyse durchgeführt. In der Auswertung wurden nur die ersten drei Faktoren berücksichtigt. Bei der Konstruktion der IPC-Skalen fanden auch Items Eingang in die jeweilige Skala, die auf dem entsprechenden Faktor nur mit 0,16 luden. Der Autor berücksichtigte außerdem nur Items, die auf dem betreffenden Faktor positiv luden.

Wir errechneten zur Überprüfung der Faktorenverteilung eine Zwei-, Drei- und Vier-Faktoren-Lösung. Die ersten fünf Eigenwerte und ihre erklärte Varianz sind in Tabelle 90 aufgeführt.

Tabelle 90: Eigenwert und aufgeklärte Varianz der ersten fünf Faktoren des IPC-Fragebogens.

Faktor	Eigenwert	erklärte Varianz (%)
1	4,81	20,0
2	2,61	10,9
3	1,42	5,9
4	1,27	5,3
5	1,23	5,1

Mit einer Zwei-Faktoren-Lösung klärten wir somit 30,9 % der Varianz, mit einer Drei-Faktoren-Lösung 36,8 % der Varianz und mit einer Vier-Faktoren-Lösung 42,1 % der Varianz auf.

Beim Eintragen der Eigenwerte der Faktoren in ein Koordinatensystem erhielten wir als Scree-Test das in Abbildung 13 dargestellte Bild.

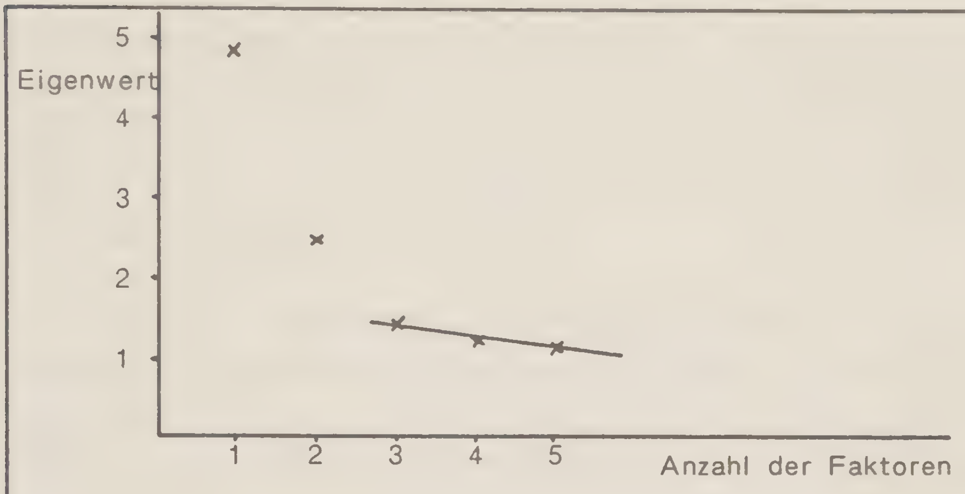


Abbildung 13: Scree-Test zum IPC-Fragebogen von Krampen.

Der Scree-Test legte eine Zwei-Faktoren-Lösung nahe. Die Berücksichtigung weiterer Faktoren würde keine zusätzlichen Vorteile bezüglich einer inhaltlichen Differenzierung bringen.

Bei der Auswertung der vorliegenden Faktoren-Lösungen hinsichtlich ihrer positiven und negativen Ladungen wurde deutlich, daß die Verteilung der Ladungen fast in Richtung einer Ein-Faktoren-Lösung wies, da die ehemaligen Items, welche die internale Kontrolle beschrieben hatten, auf dem ersten Faktor stark positiv luden und diejenigen Items, welche die externale Kontrolle bezeichnet hatten, auf demselben Faktor stark negativ luden.

In der Vier-Faktoren-Lösung fanden wir auf dem ersten Faktor sämtliche acht Items zur internalen Kontrolle positiv ladend. Weitere vier Items der Skala"powerful others" und drei Items der Skala "chance" luden mehr als 0,3 negativ auf diesem Faktor. Auf Faktor 2 fanden wir über 0,3 ladend nur drei Items der Skala P und ein Item der Skala C. Auf Faktor 3 fanden sich fünf Items der Skala "chance" und vier Items der Skala "powerful others". Den Faktor 4 machten drei Items aus, die sich alle mit dem Verhalten beim Autounfall beschäftigten. In den ursprünglichen Skalen I, P und C war jeweils ein Item zum Verursachen von Autounfällen enthalten, die sich hier nun als einzelner Faktor zusammenfanden. Die Verteilung der einzelnen Items auf die vier Faktoren ließ somit erkennen, daß diese Lösung für unser weiteres Vorgehen unbrauchbar war.

Auch die Drei-Faktoren-Lösung enttäuschte in bezug auf die Reproduktion der ursprünglichen drei Skalen. Auf Faktor 1 bildeten sich erneut die Items der internalen Kontrolle positiv und vier Items der Skala "powerful others" sowie drei Items der Skala "chance" negativ ab. Auf Faktor 2 fanden sich dieses Mal überwiegend Items der Skala P, dazu kamen jedoch zwei Items der Skala C. Auf Faktor 3 luden überwiegend Items der Skala "chance" sowie ein Item der Skala "powerful others". Auch diese Faktoren-Lösung konnte nicht recht befriedigen.

In der Zwei-Faktoren-Lösung luden auf Faktor 1 alle acht Items der Skala "internale Kontrolle" stärker als 0,3 positiv. Auf Faktor 2 fanden wir alle 16 Items der Skala "powerful others" und "chance" positiv ladend (Tabelle 91).

Tabelle 91: Zwei-Faktoren-Lösung des IPC-Fragebogens nach Krampen.

Item	Faktor 1	Faktor 2
IPC 1	0,35	0,04
IPC 2	-0,15	0,32
IPC 3	-0,37	0,30
IPC 4	0,34	0,06
IPC 5	0,51	-0,27
IPC 6	-0,23	0,30
IPC 7	-0,46	0,37
IPC 8	-0,29	0,33
IPC 9	0,47	0,05
IPC 10	0,01	0,17
IPC 11	-0,33	0,38
IPC 12	-0,36	0,25
IPC 13	-0,42	0,30
IPC 14	-0,46	0,35
IPC 15	-0,02	0,59
IPC 16	0,13	0,53
IPC 17	-0,02	0,63
IPC 18	0,68	-0,08
IPC 19	0,60	-0,15
IPC 20	-0,20	0,23
IPC 21	0,38	0,30
IPC 22	0,13	0,58
IPC 23	0,61	0,00
IPC 24	-0,38	0,27

Aus den hier beschriebenen Faktorenanalysen wird deutlich, daß eine Aufspaltung der externalen Kontrolle in zwei Subskalen "powerful others" und "chance" in unserer Untersuchungsgruppe nicht reproduzierbar war. Für die angestrebten Korrelationsanalysen ließen wir somit nur zwei Skalen gelten, die Skala "internale Kontrolle" mit den acht Items zur internalen Kontrolle von Krampen und die Skala "externale Kontrolle" mit den acht Items "powerful others" und den acht Items "chance" von Krampen.

Herrn Prof. Dr. med. Gernot Huppmann Dipl.-Psych. und Frau Waltraud Silbernagel Dipl.-Psych. möchte ich für die unermüdliche Förderung bei der Durchführung der Arbeit meinen besonderen Dank aussprechen.

Des weiteren bedanke ich mich bei Herrn Dr. med. Günther Faust für die Übernahme des Korreferats, bei Herrn Manfred Berres Dipl.-Math. für die Hilfe bei der Bewältigung anstehender statistischer Probleme und bei Frau Gisela Breitenfeld für die sorgfältige Durchführung der Schreibarbeiten.

Lebenslauf

Am 14. April 1959 wurde ich als Sohn des Kaufmanns Georg Friedrich Bodensohn und seiner Ehefrau Gisela in Hainstadt am Main geboren.

Im Frühjahr 1966 wurde ich in die Volksschule meiner Heimatgemeinde eingeschult, ab Herbst 1969 besuchte ich dann den altsprachlichen Zweig des Kreuzburg-Gymnasiums der Franziskaner in Großkrotzenburg. Zu Beginn des Schuljahres 1975/76 wechselte ich an die Hohe Landesschule in Hanau, wo ich im Juni 1978 die Allgemeine Hochschulreife erlangte.

Nach einem zweimonatigen Krankenpflegepraktikum in der Abteilung für Chronisch-Langzeitkranke des Stadtkrankenhauses Offenbach begann ich im Wintersemester 1978/79 mit dem Studium der Humanmedizin an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Im August 1980 legte ich die Ärztliche Vorprüfung, im August 1981 den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ab.

Im Mai 1982 heiratete ich die Medizinstudentin Uta Friederun Ziegler.

Nach dem zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im August 1983 war ich von Oktober 1983 an im Praktischen Jahr mit dem Wahlfach Pädiatrie am Akademischen Lehrkrankenhaus in Idar-Oberstein tätig, wo ich am 25. Oktober 1984 das Studium mit dem dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung abschloß.

Am 19. November 1984 erhielt ich in Mainz die Approbation als Arzt. Seit Januar 1985 arbeite ich als Assistenzarzt in der Kinderheilkunde. Zunächst war ich bis Ende August 1985 am Kinderkrankenhaus in Altötting beschäftigt, seit September 1985 bin ich am Margaritenhospital in Schwäbisch Gmünd tätig.